2026

elderplan®

Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.℠

Evidencia de Cobertura

Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP)

del 01 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

H3347_EPS17976_C

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus servicios y beneficios de salud y la cobertura para medicamentos de Medicare como miembro de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP).

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de Medicare y Medicaid para medicamentos y servicios de atención médica basados en la comunidad y en el hogar desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

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

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

Este plan, Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP), es ofrecido por Elderplan, Inc. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Elderplan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP).

Este documento está disponible sin cargo en español y chino.

Esta información está disponible en distintos formatos, incluidos braille u otros formatos alternativos. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura anteriormente si necesita información del plan en otro idioma o formato.

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

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días por adelantado.

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes a y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.

Elderplan ha sido aprobado por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) para operar como un Plan de Necesidades Especiales (SNP) hasta 2026 sobre la base de una revisión del Modelo de Atención de Elderplan.

H3347_EPS17976_C

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro..... 8

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) 8
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad para el plan 12
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía 17
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026 21
SECCIÓN 5 Más información sobre su multa por inscripción tardía de la Parte D 38
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía de nuestro plan 42
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 43

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos..... 47

SECCIÓN 1 Contactos de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP).....47
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 57
SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP).....60
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO).....65
SECCIÓN 5 Seguro Social.....66
SECCIÓN 6 Medicaid 68

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 76
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) 83

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos 85

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 85
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios 92
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una urgencia, o durante un desastre 105
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 110
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 111
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 116
SECCIÓN 7 Normas para ser propietario de equipos médicos duraderos 118

Índice

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)..... 122

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos 122

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos.....126

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP).....292

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan 293

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D..... 298

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan 299

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red *o a* través del servicio de pedido por correo de nuestro plan 301

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan.....312

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones respecto de la cobertura 316

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted querría 319
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 324
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 330
SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta.....333
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 334
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos.....337

CAPÍTULO 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D 343

SECCIÓN 1 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D 343
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) 349
SECCIÓN 3 La Explicación de beneficios de la Parte D explica la etapa de pago en la que se encuentra 350
SECCIÓN 4 La Etapa del deducible 354
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial.....356
SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas 366

SECCIÓN 7 Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D 366

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 371

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte de los servicios o medicamentos cubiertos 371

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....377

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....379

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades ... 381

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....381

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....416

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)..... 419

Sección 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 419

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada.....420

Índice

SECCIÓN 3 Cómo comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid.....425
SECCIÓN 4 Qué proceso utilizar para tratar su problema 425
SECCIÓN 5 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones 427
SECCIÓN 6 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 435
SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 466
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le dan el alta demasiado pronto.....487
SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.....499
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5 508
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....515

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan 524

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 524
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 525
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 534
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 536
SECCIÓN 5 Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones 537

CAPÍTULO 11: Avisos legales 541

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 541
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 542
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 543
SECCIÓN 4 Aviso sobre el derecho limitado de subrogación.....544

CAPÍTULO 12: Definiciones 545

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP)

Sección 1.1 Usted está inscrito en Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP), que es un Plan de Necesidades Especiales de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir su cobertura de atención médica y de medicamentos de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte a y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de nuestro plan varían de Original Medicare.

Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) está diseñado para las personas que tienen Medicare y que tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

Debido a que usted recibe ayuda de Medicaid para el costo compartido de la Parte a y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por los servicios de Medicare. Medicaid también brinda otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica y los servicios de atención a largo plazo en el hogar y la comunidad que, generalmente, no están cubiertos por Medicare. También recibirá Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios de manera que usted obtenga los servicios de salud y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) es administrado por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa New York State Medicaid para coordinar los beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de Medicare y Medicaid, incluida la cobertura para medicamentos y los servicios de atención a largo plazo en el hogar y la comunidad según corresponda.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) desde el 1 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en nuestros planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y el programa New York State Medicaid deben aprobar el plan Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP). Usted puede seguir recibiendo cada año cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan mientras elijamos seguir ofreciendo nuestro plan y Medicare y el programa New York State Medicaid renueven su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad para el plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Tenga la Parte a y la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (como se describe en la Sección 2.3). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o tenga presencia legal en los Estados Unidos.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

- Debe ser mayor de 18 años;
- Mediante la herramienta de elegibilidad actual del estado de New York, se determina que usted es elegible para obtener servicios de atención a largo plazo de Elderplan o una entidad designada por el Departamento de Salud del estado de New York;
- Debe ser capaz, en cualquier momento de la inscripción, de regresar o permanecer en su hogar y comunidad sin poner en riesgo su salud y seguridad, sobre la base de los criterios proporcionados por el Departamento de Salud del estado de New York;
- Debe ser médicamente elegible para recibir el nivel de atención en un hogar de personas mayores (a partir del momento de la inscripción); y
- Para los nuevos inscritos, a partir del 1 de septiembre de 2025, los criterios de elegibilidad del Programa de atención administrada a largo plazo (MLTC) para inscribirse en un plan Medicaid Advantage Plus (MAP) requieren que se evalúe a la persona y se determine que necesita administración de la atención y servicios y apoyos comunitarios a largo plazo (CBLTSS) durante más de 120 días consecutivos desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:
    a) servicios de enfermería en el hogar;
    b) terapias en el hogar;
    c) servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar;
    d) servicios de atención personal en el hogar;
    e) atención médica diurna para adultos;

f) atención de enfermería privada; o
g) servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor.

Y la siguiente necesidad mínima a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:

- Al menos ayuda limitada con maniobras físicas con más de dos actividades de la vida diaria (ADL); o
- Personas con un diagnóstico de demencia o Alzheimer, que se considera que necesitan al menos supervisión con más de una ADL.

Si se inscribió en cualquier Plan MLTC antes del 1 de septiembre de 2025, no estará sujeto a los nuevos requisitos de necesidades mínimas en el momento de la reevaluación, siempre y cuando permanezca inscrito de manera ininterrumpida en cualquier Plan MLTC. Si abandona el Programa MLTC y desea volver a inscribirse, deberá cumplir con los criterios de elegibilidad vigentes para la inscripción en MLTC en el momento en que se vuelva a inscribir.

Nota: si pierde su elegibilidad, pero puede esperarse razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de 3 meses, seguirá siendo elegible para la membresía. En la Sección 2.1 del Capítulo 4, se describen la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continua estimada.

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos y de atención a largo plazo a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera como ingreso y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir sobre cómo administrar su programa, siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

Además, Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Doble elegibilidad total de beneficios (FBDE):** ayuda a pagar las primas de la Parte a y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Estas personas también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid.
- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+):** ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos de la Parte a y la Parte B de Medicare (como deducibles, coseguros y copagos). Estas personas también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid.

Sección 2.3 Área de servicio del plan para Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP)

Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) solo se encuentra disponible para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de New York*:* Condados de Bronx, Dutchess, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland Sullivan, Ulster y Westchester.

Si planea mudarse a otro estado, también debe ponerse en contacto con la oficina de Medicaid de su estado y averiguar cómo esta mudanza afectará los beneficios de Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento, encontrará los números de teléfono de Medicaid.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un período de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos para ser miembro de los planes de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan según este criterio. Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía

Sección 3.1 Tarjeta de membresía de nuestro plan

Utilice la tarjeta de membresía cada vez que obtenga los servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor. Modelo de tarjeta de membresía:

NO utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP), es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede solicitar que la muestre si necesita servicios hospitalarios o servicios en un hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de membresía de nuestro plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* www.elderplan.org enumera nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos actuales. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago completo.

Debe utilizar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si se va a otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el monto total. Las únicas excepciones corresponden a emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, cuando se trata de situaciones en las que no es razonable o posible recibir servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Su plan también ofrece una opción de proveedor del servicio (POS). La opción de POS es un beneficio adicional que cubre ciertos servicios y beneficios de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya optado por no aceptar Medicare. Para obtener información más específica, consulte el Capítulo 3 (Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos). En el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos, encontrará detalles de los servicios y beneficios cubiertos.

También puede acceder a la lista más actualizada de proveedores que se encuentra en nuestro sitio web: www.elderplan.org.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a través de Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las solicitudes de *Directorios de proveedores y farmacias* impresos se le enviarán dentro de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también se llama Lista de medicamentos o formulario). Le informa qué medicamentos con receta tienen cobertura según el beneficio de la Parte D de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP). Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido retirados y reemplazados como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP).

La Lista de medicamentos también indica si existen restricciones para la cobertura de un medicamento.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos incluye información para los medicamentos cubiertos más comúnmente utilizados por nuestros miembros. No obstante, también cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, visite www.elderplan.org o llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	Usted no paga una prima mensual del plan separada para Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP).

	Sus costos en 2026
Deducible de la Parte B	El deducible de la Parte B es de $257. Si es elegible para recibir la ayuda con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga $0. Estos montos de costo compartido corresponden a 2025 y pueden cambiar en 2026. Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) proporcionará tarifas actualizadas en www.elderplan.org en cuanto se publiquen.

	Sus costos en 2026
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red y fuera de la red combinados de la Parte a y la Parte B. (Para obtener más detalles, consulte la Sección 11.3 del Capítulo 4).	**Dentro de la red y fuera de la red combinados** $9,250 Usted no es responsable de ningún gasto no cubierto para alcanzar el monto máximo de gastos no cubiertos para los servicios cubiertos de la Parte a y la Parte B.
Consultas presenciales con el médico de atención primaria	**Dentro de la red** Copago de $0 por consulta
Consultas presenciales con un especialista	**Dentro de la red y fuera de la red** Copago de $0 por consulta

	Sus costos en 2026
Hospitalizaciones para pacientes internados	**Dentro de la red** No hay coseguro ni copago por la atención para pacientes internados en un hospital cubierta por Medicare ni por los servicios que recibe de los médicos y otros proveedores mientras usted es un paciente internado. Se requiere autorización.
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener más detalles, consulte la Sección 4 del Capítulo 6).	Deducible: el deducible de la Parte D es de $615, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, como el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).	**Durante la Etapa de cobertura inicial:** **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días como máximo) * † Ω** **Su costo por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar para lo siguiente:** **Nivel 1:** Según su "Ayuda adicional", usted paga una de estas opciones:

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	**Para los medicamentos genéricos** (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de $0 o Copago de $1.60 o Copago de $5.10 o El 25% del costo total. **Para todos los demás medicamentos:** Copago de $0 o Copago de $4.90 o Copago de $12.65 o El 25% del costo. * También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	**Costo compartido de servicio de pedidos por correo (suministro para un máximo de 90 días)†Ω** durante la Etapa de cobertura inicial: **Nivel 1:** Según su nivel de "Ayuda adicional", usted paga lo siguiente: **Para los medicamentos genéricos** (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): Copago de $0 o Copago de $1.60 o Copago de $5.10 o El 25% del costo. **Para todos los demás medicamentos:** Copago de $0 o Copago de $4.90 o Copago de $12.65 o El 25% del costo.

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	†NDS: suministro en días no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido. **Ω** – No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible. **Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan separada para Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP).

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta** *Evidencia de cobertura* **puede que no se aplique a su caso**. Le enviamos un documento separado que se denomina Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta (*Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs*), también conocida como Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS (*Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider*), en el que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

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

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas se incluyen el programa de Ayuda adicional y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Obtenga más información sobre estos programas en la Sección 7 del Capítulo 2. Si reúne los requisitos, la inscripción en uno de estos programas podría reducir la prima mensual del plan.

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

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medicaid y tener la Parte a y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte a (si no reúne los requisitos automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no está pagando las primas de Medicare por usted, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede pagar una prima para la Parte a si no es elegible para la Parte a sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que usted tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (LEP) no se aplica, siempre y cuando mantenga su estado de doble elegibilidad, pero, si lo pierde, puede incurrir en la LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que no tuvo la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos. La cobertura para medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

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

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para poder pagar los costos de los medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.

- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [VA]). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede obtener esta información en una carta o en un folleto informativo de ese plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se espera que pague el mismo monto que paga el plan estándar de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos no son una cobertura para medicamentos con receta acreditable.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Funciona de esta forma:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. o se cuenta el número de meses completos que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual del plan promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país correspondiente al año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2025, el monto promedio de la prima fue de $36.78. Este monto puede cambiar para 2026.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa por la prima base nacional del beneficiario y redondear a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $36.78, lo que es igual a $5.15. Esto se redondea a $5.20. Esta suma debe agregarse a **la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Tres aspectos importantes que debe conocer sobre la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año**, ya que la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad para pedir una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en los ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D (IRMAA). El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que debería pagar según su ingreso, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

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

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o medicamentos para sus medicamentos con receta (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento con receta que reciba, además del saldo de su mes anterior, dividido por la cantidad de meses que se deja en el año.

En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos que se indican en el Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su multa por inscripción tardía de la Parte D

Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D

Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, tiene tres opciones para hacerlo.

Si decide cambiar la forma de pagar la multa, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa se pague a tiempo.

Opción 1: pague con cheque

Si Medicaid no paga la multa por inscripción tardía, Elderplan le enviará a usted una factura todos los meses. Envíe la copia de la factura y el cheque o giro postal pagadero a nombre de Elderplan en el sobre con franqueo pagado que le adjuntamos antes del día 25 del mes en que reciba la factura. Si no puede encontrar el sobre con franqueo pagado, puede solicitar otro a través de Servicios para los Miembros, o bien puede enviarnos su pago por correo a:

Elderplan, Inc.
Premium Payment Unit
PO Box 71401
Philadelphia, PA 19176

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

Opción 2: puede pagar la multa por inscripción tardía todos los meses por transferencia electrónica de fondos (EFT) o con tarjeta de crédito.

Puede pedir que todos los meses le descuenten la multa por inscripción tardía de su cuenta bancaria o que se le cargue a su tarjeta de crédito. Para obtener más información sobre cómo pagar la multa mensual de esta forma, póngase en contacto con Servicios para los Miembros. Con mucho gusto lo ayudaremos a establecer este tipo de pago. (El número de teléfono de Servicios para los Miembros está impreso en la portada posterior de este folleto).

Opción 3: pida que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la multa mensual de esta forma, póngase en contacto con Servicios para los Miembros. Con mucho gusto lo ayudaremos a establecer este tipo de pago. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están impresos en la portada posterior de este folleto).

Cómo cambiar la forma en la que paga la multa por inscripción tardía en la Parte D Si decide cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Debemos recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D en nuestra oficina antes del día 25. Si no recibimos su pago antes del día 25, le enviaremos facturas en las que le informaremos sobre el vencimiento de su saldo actual. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, deberá pagarla para conservar su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D dentro del plazo determinado, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le reenviemos programas que le ayudarán *a* pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están impresos en la portada posterior de este folleto).

Sección 5.2 Nuestra prima mensual del plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar el monto de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia a partir del 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que tenga que empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría ocurrir si resulta ser elegible para recibir Ayuda adicional o si pierde su elegibilidad para obtener esta ayuda durante el año.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la Ayuda adicional durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si se queda sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días o más.

Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía de nuestro plan

Su registro de membresía contiene información del formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

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

Si tiene cualquiera de estos cambios, infórmenoslo:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Cualquier reclamación de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico
- Si ingresa en un hogar de personas mayores
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red

- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es obligatorio que le informe a nuestro plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que participe, pero le recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio en esta información, infórmenos al teléfono de Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el n.° de identificación de miembro de nuestro plan (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare deciden quién paga en primer lugar, si nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga en primer lugar (el "pagador primario") paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el "pagador secundario") solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si usted tiene cobertura de jubilados, Medicare paga en primer lugar.

- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o una enfermedad renal en etapa final (ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el que al menos uno de ellos tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía trabaja, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual al menos uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará en primer lugar durante los primeros 30 meses después de que usted haya calificado para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan en primer lugar los servicios relacionados con cada tipo de situación:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluye seguro de automóviles)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP)

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los Miembros de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP). Con gusto le ayudaremos.

Información de contacto de Servicios para los Miembros	
Llame al	1-877-891-6447 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrecen servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
Fax	718-759-3643
Escriba a	ELDERPLAN ATTN: MEMBER SERVICES 55 WATER STREET, 46th FLOOR NEW YORK, NY 10041
Sitio web	www.elderplan.org

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

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

Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica	
Llame al	1-877-891-6447 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
Fax	718-759-3643
Escriba a	ELDERPLAN ATTN: MEMBER SERVICES 55 WATER STREET, 46TH FLOOR NEW YORK, NY 10041
Sitio web	www.elderplan.org

Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica	
Llame al	1-877-891-6447 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
Fax	718-765-2027
Escriba a	ELDERPLAN, INC. ATTN: APPEALS & GRIEVANCES 55 WATER STREET, 46TH FLOOR NEW YORK, NY 10041
Sitio web	www.elderplan.org

Información de contacto para decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D	
Llame al	1-866-490-2102 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
Fax	1-855-633-7673
Escriba a	CVS CAREMARK COVERAGE DETERMINATIONS P.O. BOX 52000, MC109 PHOENIX, AZ 85072-2000
Sitio web	www.caremark.com

Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D	
Llame al	1-866-490-2102 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
Fax	1-855-633-7673
Escriba a	CVS CAREMARK STANDARD/EXPEDITED APPEALS P.O. BOX 52000, MC109 PHOENIX, AZ 85072-2000
Sitio web	www.caremark.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red o las farmacias, incluidas las quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye las disputas por pagos o cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Información de contacto para quejas sobre atención médica o sobre los medicamentos con receta de la Parte D	
Llame al	1-877-891-6447 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
Fax	718-765-2027
Escriba a	ELDERPLAN ATTN: APPEALS & GRIEVANCES 55 WATER STREET, 46TH FLOOR NEW YORK, NY 10041
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) directamente ante Medicare, consulte www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura del proveedor) que considera que deberíamos pagar nosotros, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7.

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

Información de contacto para solicitudes de pago	
Llame al	1-877-891-6447 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
Fax	718-759-3643
Escriba a	ELDERPLAN CLAIMS DEPARTMENT P.O. BOX 73111 NEWNAN, GA 30271
Sitio web	www.elderplan.org

Información de contacto para solicitudes de pago (reclamaciones de medicamentos con receta)	
Llame al	1-866-490-2102 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
Fax	1-855-633-7673
Escriba a	CVS CAREMARK MEDICARE PART D CLAIMS PROCESSING PO BOX 52066 PHOENIX, AZ 85072-2066
Sitio web	www.caremark.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a 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 diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage tales como nuestro plan.

Información de contacto de Medicare	
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Información de contacto de Medicare	
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluso lo que cuestan y los servicios que brindan. • Busque médicos participantes en Medicare u otros proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas y consultas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios sobre las apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, los hogares de personas mayores, los hospitales, los médicos, las agencias de atención médica a domicilio, los centros de diálisis, los centros de hospicio, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de atención a largo plazo.

Información de contacto de Medicare	
Sitio web (continuación)	• Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede consultar www.Medicare.gov para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP). **Para presentar una queja ante Medicare,** ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma muy seriamente sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP)

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En New York, el SHIP se denomina Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada (HIICAP).

El HIICAP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindarles asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del HIICAP pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del HIICAP también pueden ayudarle a resolver dudas o problemas con Medicare, a comprender sus opciones del plan de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: Información de contacto (SHIP de New York)	
Llame al	1-212-602-4180 si se encuentra dentro de los distritos municipales 1-800-701-0501 si se encuentra fuera de los distritos municipales Condado de Dutchess: (845) 486-2555. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Nassau: (516) 227-8900. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Condado de Orange: (845) 615-3700. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Putnam: (845) 808-1700. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Condado de Rockland: (845) 364-2110. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Sullivan: (845) 807-0241. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: Información de contacto (SHIP de New York)	
Llame al (continuación)	Condado de Ulster: (845) 340-3456. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Westchester: (914)-813-6400. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 o (212) 504-4115 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.

Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: Información de contacto (SHIP de New York)	
Escriba a	Condado de Dutchess Office for the Aging 114 Delafield Street Poughkeepsie, NY 12601 Condado de Nassau Office for the Aging 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3691 New York City HIICAP 2 Lafayette Street, 9th Floor New York, NY 10007 Condado de Orange Office for the Aging 40 Matthews Street 3rd Floor - Suite 305 Goshen, NY 10924 Condado de Putnam Office for Senior Resources 110 Old Route 6, Building #1 Carmel, NY 10512

Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada: Información de contacto (SHIP de New York)	
Escriba a (continuación)	Condado de Rockland Office for the Aging 50 Sanatorium Road, Bldg B Pomona, NY 10970 Condado de Sullivan Office for the Aging County Government Center 100 North Street, PO Box 5012 Monticello, NY 12701 Condado de Ulster Office for the Aging 1003 Development Court Kingston, NY 12401 Condado de Westchester Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550
Sitio web	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Una Organización para la Mejora de la Calidad designada atiende a las personas con Medicare en cada estado. Para New York, la Organización para la Mejora de la Calidad se denomina Livanta.

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

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, póngase en contacto con Livanta:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas de calidad de la atención incluyen recibir el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Considera que la cobertura de su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de atención médica en el hogar, en centros de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

Información de contacto de Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de New York)	
Llame al	1-866-815-5440
TTY	*1-866-868-2289* Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Escriba a	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio web	https://livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y se encarga de la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que usted debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede ponerse en contacto con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Información de contacto del Seguro Social	
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y hacer gestiones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Las personas con la Parte a o la Parte B de Medicare que tengan ingresos y recursos limitados pueden obtener ayuda del Programa New York State Medicaid para pagar los gastos no cubiertos. El costo compartido de Medicare incluye las primas de la Parte a y la Parte B y, en algunos casos, también puede pagar el deducible y el coseguro de la Parte a y la Parte B. En el estado de New York, el nombre del programa es New York Medicaid State Plan.

Las personas que reúnen los requisitos para la Parte a o la Parte B de Medicare y que son elegibles para algunos beneficios de Medicaid se conocen como miembros con doble elegibilidad. Estos beneficios con frecuencia se denominan Programas de ahorros de Medicare (MSP). Los miembros con doble elegibilidad reúnen los requisitos para algunos beneficios de Medicaid. Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales para miembros con doble elegibilidad que coordina su cobertura de Medicare mientras reúne los requisitos para recibir beneficios adicionales de Medicaid en virtud del Programa Medicaid del estado de New York.

Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) les permite a las personas que son doblemente elegibles para Medicare y Medicaid inscribirse en el mismo plan de salud para la mayoría de sus beneficios de Medicare y Medicaid. Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) integra los beneficios de Medicare y Medicaid mediante un contrato estatal para proporcionar un conjunto definido de beneficios integrales capitativos de Medicaid. Estos beneficios de Medicaid están detallados en el Capítulo 4 y sus Declaraciones de beneficios.

La inscripción en Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) está sujeta a las condiciones de elegibilidad establecidas por los CMS y el Departamento de Salud del Estado de New York (NYSDOH). Los CMS son responsables del procesamiento de la inscripción en el plan Medicare Advantage, y el Departamento Local de Servicios Sociales, o la entidad designada por el NYSDOH, es responsable del procesamiento de las solicitudes de inscripción para el componente del beneficio de Medicaid.

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Doble elegibilidad total de beneficios (FBDE):** ayuda a pagar las primas de la Parte a y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Estas personas también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid.
- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB+):** ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos de la Parte a y la Parte B de Medicare (como deducibles, coseguros y copagos). Estas personas también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con su oficina del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales).

Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)	
Llame al	Programa New York State Medicaid: 1-800-541-2831, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. Condado de Dutchess: (845) 486-3000. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)	
Llame al (continuación)	Condado de Nassau: (516) 227-7474. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Ciudad de New York: (718) 557-1399. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Orange: (845) 291-4000. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Putnam: (845) 808-1500. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Rockland: (845) 364-3040. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Sullivan: (845) 292-0100. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Ulster: (845) 334-5000. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Condado de Westchester: (914)-995-3333. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)	
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Escriba a	Dutchess County DSS 60 Market Street Poughkeepsie, NY 12601 Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Boulevard Uniondale, NY 11553 New York City Human Resources Administration 785 Atlantic Avenue, 1st Floor Brooklyn, NY 11238 Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, NY 10924 Putnam County DSS 110 Old Route 6 Carmel, NY 10512

Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)	
Escriba a (continuación)	Rockland County DSS 50 Sanatorium Road, Building L Pomona, NY 10970 Sullivan County DSS 16 Community Lane Box 231 Liberty, New York 12754 Condado de Ulster 1061 Development Court Kingston, NY 12401 Westchester County DSS 85 Court Street White Plains, NY 10601
Sitio web	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

La Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas relacionados con los servicios o la facturación. Pueden ayudarle a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan.

Información de contacto de la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN)	
Llame al	1-844-614-8800 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Escriba a	ican@cssny.org
Sitio web	icannys.org

El Programa del Defensor de los Derechos del Paciente que Recibe Atención a Largo Plazo del Estado de New York ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de personas mayores y a resolver problemas entre los hogares de personas mayores y los residentes o sus familiares.

Información de contacto del Programa del Defensor de los Derechos del Paciente que Recibe Atención a Largo Plazo del Estado de New York	
Llame al	1-855-582-6769 de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.
Escriba a	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 **CORREO ELECTRÓNICO:** ombudsman@aging.ny.gov
Sitio web	www.aging.ny.gov/ long-term-care-ombudsman-program

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

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

Ayuda adicional de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos para recibir la Ayuda adicional de Medicare para cubrir los costos del plan de medicamentos con receta. No es necesario que haga nada para recibir esta Ayuda adicional.

Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda adicional, llame a los siguientes números:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048;
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- A la Oficina de Medicaid de su estado en el programa New York State Medicaid al 1-800-541-2831, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso para ayudarle a conseguir las pruebas que demuestren cuál es su monto de copago correcto. Si ya tiene las pruebas del monto correcto, podemos ayudarle a que las comparta con nosotros.

- Envíe una copia de uno de los siguientes documentos al Departamento de Servicios para los Miembros como prueba de que reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional. La dirección de Servicios para los Miembros se incluye al principio de este capítulo:
    - Carta de aprobación de Ayuda adicional de la Seguridad Social. Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA) que contenga información importante que confirme que usted es “elegible automáticamente para recibir Ayuda adicional”.
    - Residentes de hogares de personas mayores: la farmacia le proporcionará la evidencia necesaria en su nombre.
    - Al recibirla, confirmaremos su nivel de copago de Ayuda adicional con Medicare.
- Si no puede encontrar la documentación de respaldo, le ayudaremos a obtener evidencia de esto, que incluye contactar a Medicare en su nombre para determinar el nivel correcto de copago.

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto de copago correcto cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más por su copago, se lo reembolsaremos, ya sea mediante cheque o un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

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

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar las recetas y las primas del plan de medicamentos, además de otros costos de los medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga en primer lugar. El Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) de New York se denomina Programa de cobertura de seguro de productos farmacéuticos para personas mayores (EPIC).

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

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP cumplen con los requisitos para la ayuda de costo compartido para medicamentos con receta a través del ADAP.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, como presentar un comprobante de residencia en el estado y de su condición con VIH, un comprobante de ingresos bajos (según lo definido por el estado) y un comprobante de que no tiene seguro o que su seguro es insuficiente. Si cambia de plan, notifíquele al asistente de inscripción del ADAP de su localidad para seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP al 1-800-542-2437 de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. En el estado: línea gratuita 1-800-542-2437 o 1-844-682-4058. Fuera del estado: (518) 459-1641.
https://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

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

En el estado de New York, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa de cobertura de seguro de productos farmacéuticos para personas mayores (EPIC).

Programa de cobertura de seguro de productos farmacéuticos para las personas mayores (EPIC): Información de contacto del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de New York	
Llame al	1-800-332-3742 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-290-9138 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
Escriba a	EPIC P.O. BOX 15018 Albany, NY 12212
Sitio web	http://www.health.ny.gov/health_care/epic/

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a manejar sus gastos no cubiertos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, repartiéndolos a lo largo del **año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura para medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y el ADAP, para aquellos que reúnen los requisitos, tiene más beneficios que participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para los Miembros al 1-866-490-2102 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Información de contacto del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	
Llame al	1-866-490-2102 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrecen servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
Escriba a	Caremark CVS P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
Sitio web	caremark.com/mppp

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

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

Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)	
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automática de la RRB y obtener información grabada durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

En este capítulo, encontrará datos importantes sobre el uso de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Para obtener detalles sobre qué atención médica y otros servicios cubre nuestro plan, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.

- Los **proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago pleno. Acordamos con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando visita a un proveedor de la red no paga los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que cubre el plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. En el Capítulo 5, se analizan sus servicios cubiertos para medicamentos con receta.

Sección 1.2 Normas básicas para su atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan

Como un plan de salud de Medicare y Medicaid, Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre los beneficios cubiertos por el plan.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) generalmente cubrirá su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que obtenga se considere médicamente necesaria**. Médicamente necesaria significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
  - En general, no es necesario que obtenga la aprobación previa de su PCP para consultar con un especialista en la comunidad. Sin embargo, es importante que su PCP tenga esta información, por lo que le recomendamos que hable con su médico sobre los servicios y la atención médica que está recibiendo. Para determinados servicios, como consultas con un médico que no sea su PCP en su domicilio o atención médica a domicilio certificada, necesitará una autorización de nuestro plan (para obtener información sobre los servicios médicos que necesitan autorización, consulte el Capítulo 4). Su PCP puede ayudarle a obtener esas autorizaciones de nuestro plan.

- Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

- **Reciba atención por parte de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor el total de los servicios que reciba. Existen 4 excepciones:
  - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué significan los servicios de atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.

- Si necesita recibir atención médica que Medicare o Medicaid exige que cubra nuestro plan, pero no hay proveedores en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener dicha atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan por su proveedor antes de recibir atención de proveedores fuera de la red. Si se ofrece un beneficio dentro y fuera de la red, usted o su proveedor deben comunicarse con el plan para confirmar si se requiere autorización. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo conseguir una aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.

- Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. El costo compartido que usted paga a nuestro plan por diálisis no puede ser mayor que el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige recibir los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

- Conforme a la opción de proveedor del servicio (POS), puede usar proveedores fuera de la red para obtener servicios cubiertos y beneficios limitados de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya optado por no recibir Medicare. No todos los servicios están cubiertos fuera de la red según su opción de proveedor del servicio (POS). Para obtener más información sobre estos servicios y cómo utilizarlos, consulte la Sección 2.4 (Cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red).

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios

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

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

- *¿Qué es un PCP?*
  - Cuando es miembro de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP), debe elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un proveedor que cumple con determinados requisitos estatales y tiene la formación necesaria para brindar atención médica básica. Como lo explicamos más adelante, obtendrá atención de rutina o básica de su PCP.
- *¿Qué tipos de proveedores pueden ser PCP?*
  - Puede elegir a su PCP de entre varios tipos de proveedores. Estos incluyen internistas y médicos de familia que han aceptado ofrecer servicios a nuestros miembros en calidad de proveedores de atención primaria.

- *La función que desempeña un PCP en nuestro plan.*
    - Su proveedor de atención primaria le brindará la mayoría de los servicios de atención médica preventiva y de rutina.
- *¿Qué función desempeña el PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?*
    - El PCP también ayuda a coordinar la atención y los servicios médicos adicionales que puede necesitar, como interconsultas con especialistas, exámenes de diagnóstico y de laboratorio. La "coordinación" de los servicios incluye verificar la atención que recibe y cómo evoluciona, o consultar con otros proveedores del plan sobre esto mismo. Debido a que el PCP brindará y coordinará su atención médica, usted deberá garantizar que sus registros médicos anteriores se envíen al consultorio del PCP. Su proveedor de atención primaria mantiene su registro médico completo, que incluye todos sus antecedentes médicos y quirúrgicos, problemas actuales y pasados, medicamentos y documentación de los servicios que recibió de otros proveedores de atención médica.

- *¿Qué función desempeña el PCP en la toma de decisiones o en la obtención de autorización previa (PA), si corresponde?*
    - En algunos casos, el PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa) para determinados tipos de servicios o suministros cubiertos.

Cómo elegir un PCP

Cuando es miembro de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP), debe elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un proveedor que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindar atención médica básica. Al momento de la inscripción, seleccionará a un PCP de nuestra lista de proveedores de atención primaria participantes. Si no elige a un proveedor de atención primaria en el momento de la inscripción, se le elegirá de acuerdo con el área de servicio. Podemos ayudar a los inscritos a seleccionar o identificar quién es su PCP y programar una cita con un PCP. Para que Elderplan lo ayude, llame al número de Servicios para los Miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan; en este caso, deberá elegir a un nuevo PCP.

Para cambiar de PCP, llame a Servicios para los Miembros. Cuando llame, asegúrese de informar a Servicios para los Miembros si está consultando a algún especialista o está recibiendo otros servicios cubiertos en los que su PCP administre cualquier autorización o aprobación previa. Servicios para los Miembros se asegurará de que, cuando cambie de PCP, usted pueda seguir recibiendo la atención de especialistas así como los demás servicios que estaba recibiendo. También verificará que el PCP al que desea cambiar está aceptando a nuevos pacientes de nuestra red. Servicios para los Miembros anotará el nombre del nuevo PCP en su registro de membresía y le comunicará cuándo entrará en vigencia el cambio. Todos los cambios se realizarán inmediatamente cuando los solicite. También le enviarán una nueva tarjeta de membresía con el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

Si su proveedor de atención médica deja la red, el tratamiento en curso puede continuar durante un período de transición de hasta 90 días para determinadas afecciones que reúnan los requisitos si su proveedor acepta el pago de la tarifa del plan, se adhiere a la garantía de calidad y a otras políticas del plan, y le proporciona información médica sobre su atención al plan.

Sección 2.2 Atención médica y otros servicios que puede recibir sin una remisión de un PCP

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, incluidos exámenes de las mamas, mamografías (radiografías de las mamas), exámenes de Papanicolaou y pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.

- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia), si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Como ejemplos de servicios de urgencia están las enfermedades imprevistas y lesiones o exacerbaciones imprevistas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias con el proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de abandonar el área de servicio, así podremos ayudarlo a coordinar para que reciba la diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera.
- Consultas a proveedores especialistas.
- Centros de agencias de atención médica pública para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis.
- Servicios de salud reproductiva y planificación familiar.

- Clínicas del artículo 28 operadas por centros dentales académicos para obtener servicios dentales cubiertos.
- Clínicas del artículo 28 que brindan servicios de optometría y que están afiliadas con la Facultad de Optometría de la Universidad Estatal de New York para obtener servicios de optometría cubiertos.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones del corazón.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.
- ¿Cómo acceder a especialistas y otros proveedores de la red?

- Puede encontrar un especialista y otros proveedores de la red usando nuestro Directorio de proveedores y farmacias, disponible en www.elderplan.org. Puede llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

- *¿Qué función desempeña el PCP (si desempeña alguna) en la remisión de los miembros a especialistas u otros proveedores?*
  - El PCP es la persona más indicada para aconsejarle cuándo debe consultar a un especialista. Si bien usted puede consultar con el especialista participante del plan que usted elija, el PCP le hará una recomendación y le dará consejos como parte de la coordinación de sus necesidades de atención médica.
- *¿Qué debe hacer si necesita autorización previa?*
  - En general, usted obtiene autorización previa a través de su proveedor de atención primaria o especialista. Su médico se comunicará con el Departamento de Autorización Previa del plan para analizar sus necesidades de servicio. El plan le notificará a usted y a su proveedor acerca de la decisión. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

- *¿Para qué servicios el PCP deberá obtener la autorización previa del plan?*
    - Para varios servicios, su PCP puede que tenga que obtener una autorización del plan. Esto incluye, entre otros, los servicios prestados en centros no participantes o el ingreso opcional en el hospital. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa.

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

Durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de la red de nuestro plan. Si su médico o especialista deja de participar en nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos cuando su proveedor esté por dejar nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o proveedor de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos 3 años.

  - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si lo tiene asignado, si actualmente recibe atención de este o si lo ha visitado dentro de los últimos 3 meses.

- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que reciba atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a pedir seguir recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no pueda satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero en el costo compartido dentro de la red. Si recibe atención de un tipo de proveedor que figura en la Sección 2.4 de este capítulo, el proveedor debe llamar al plan para determinar si “se requiere autorización” para el servicio que está recibiendo.

- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambas (consulte el Capítulo 9).

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

Este es un plan HMO-POS. La opción de POS le permite obtener ciertos servicios y beneficios de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya optado por no aceptar Medicare. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que no haya decidido no participar en Medicare. Los proveedores fuera de la red pueden elegir no aceptar a nuestros miembros del plan como pacientes.

Si un proveedor fuera de la red se niega a aceptar nuestro plan, le recomendamos que reciba atención de parte de nuestra red de proveedores contratados. Si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que nosotros debemos pagar, póngase en contacto con Servicios para los Miembros o envíenos la factura para realizar el pago. Le pagaremos a su médico la parte que nos corresponde de la factura y su médico podría facturarle por el monto que deba, si corresponde. Los proveedores fuera de la red que aceptan Medicare no pueden facturar nada más de lo permitido por Original Medicare. Lo más conveniente es pedirle al proveedor fuera de la red que primero nos facture a nosotros, pero si usted ya pagó por los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte de los costos que nos corresponde pagar. Si determinamos que los servicios no se cubrirán o que no son médicamente necesarios, podemos denegarle la cobertura y usted será responsable de la totalidad del costo. Consulte el Capítulo 4 para obtener una lista de los servicios cubiertos que se incluyen en el beneficio de POS (fuera de la red) y su costo compartido.

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red solo para los siguientes servicios:

- Servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios
- Servicios dentales integrales suplementarios
- Servicios de terapia ocupacional

- Otros servicios de profesionales de atención médica (es decir: enfermero practicante, auxiliar médico)
- Servicios de patología del habla y del lenguaje y fisioterapia
- Servicios de podiatría cubiertos por Medicare
- Servicios de podiatría de rutina (suplementarios)
- Servicios de especialistas

Para algunos tipos de servicios, es posible que su médico deba obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se denomina obtener "autorización previa"). Para obtener más información sobre los servicios para los que se requiere autorización, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Nota: Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia. Además, el plan debe cubrir los servicios de diálisis para los miembros con enfermedad renal terminal (ESRD) que hayan viajado fuera del área de servicio de los planes y no puedan acceder a proveedores de servicios para ESRD contratados.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una urgencia, o durante un desastre

Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), un miembro o la función del miembro, o pérdida o deterioro grave a una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeore rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión de su médico de atención primaria (PCP). No es necesario que utilice un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con licencia estatal apropiada, incluso si no forman parte de nuestra red.
- **Cuando sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame a Servicios para los Miembros al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

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

Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán cuándo su afección está estable y si la emergencia médica ya pasó.

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

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

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

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque cree que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

No obstante, una vez que el médico haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Usted acude a un proveedor de la red para obtener la atención médica adicional.
- La atención que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las normas para obtener la siguiente atención de urgencia.

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

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Como ejemplos de servicios de urgencia están las enfermedades imprevistas y lesiones o exacerbaciones imprevistas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias con el proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

Para ubicar proveedores de la red que brinden servicios de urgencia, busque centros de atención de urgencia en el Directorio de proveedores y farmacias, disponible en www.elderplan.org.

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede obtener el cuidado de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan tiene cobertura internacional de atención de emergencia y urgencia fuera de los Estados Unidos por un beneficio máximo de hasta $50,000. (Para obtener información más detallada, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4).

Sección 3.3 Obtenga atención durante un desastre

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

Visite www.elderplan.org para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Si pagó por los servicios cubiertos o si recibe una factura por los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios según la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si obtiene servicios que no están cubiertos por nuestro plan, o si recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, también paga el costo total de los servicios que reciba después de usar la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si usted paga los costos, una vez que se llegue al límite del beneficio, estos costos no se tendrán en cuenta para el monto máximo dentro de la red y fuera de la red combinados que paga de su bolsillo. Puede llamar a Servicios para los Miembros cuando desee saber cuánto ya usó de su límite de beneficios.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado *ensayo clínico*) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir obteniendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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

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

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en los ensayos clínicos calificados de Medicare.

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

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

Una vez que se una a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio de investigación, incluidos los siguientes:

- Habitación y alimentación por una hospitalización que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención médica.

Después de que Medicare pague la parte que le corresponde del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que la que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que muestre cuánto costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar una solicitud de pago.

> *Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico:* Supongamos que usted tiene una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte de un estudio de investigación. La parte que le corresponde de los costos de esta prueba es de $20 con Original Medicare, sería de $10 con nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el examen y usted pagaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. Debe notificar a nuestro plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico calificado y presentar documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente $10. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos artículos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho artículo o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales (CT) que se realizan como parte de un estudio si su condición médica normalmente exigiera solo una CT.
- Los artículos y servicios brindados por los patrocinadores de la investigación, completamente gratuitos para cualquier persona en el estudio.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

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

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

Sección 6.2 Cómo obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal que diga que usted se opone conscientemente a obtener el tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o al tratamiento médico *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** corresponde a la atención o al tratamiento médicos que *no* se consideran voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene los servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - - *Y* - debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Se aplican límites en la cobertura de la atención para pacientes internados en un hospital de Medicare. (Consulte la Tabla de beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 Usted no será propietario de algunos equipos médicos duraderos después de haber realizado determinada cantidad de pagos dentro de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso de los miembros en el hogar. El miembro siempre será propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan determinados tipos de DME pueden ser propietarios del equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de** Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP)**, usted no tendrá posesión de los artículos de los equipos médicos duraderos alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan.** Usted no tendrá la propiedad, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

Si no obtuvo la propiedad del artículo DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Original Medicare para adquirir la propiedad del artículo DME. Los pagos que realizó mientras estuvo inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No se tienen en cuenta los pagos que realizó en Original Medicare.

Ejemplo 2: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que se vuelve a inscribir en Original Medicare. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuenta.

SECCIÓN 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Provisión de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados con el oxígeno para la provisión de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si abandona Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, el equipo se devolverá.

¿Qué sucede si abandona nuestro plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. Para los demás 24 meses el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer en la misma empresa o irse a otra empresa. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma empresa, y nuevamente debe pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos como miembro de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP). En esta sección también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Gastos que paga de su bolsillo que posiblemente deba pagar por los servicios cubiertos

Debido a que obtiene ayuda de Medicaid, usted no paga sus servicios cubiertos siempre que cumpla con las normas de nuestros planes para obtener su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas de nuestros planes para obtener atención).

Los tipos de costos que paga de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 contiene más información sobre el deducible de nuestro plan).
- Un **copago** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

Sección 1.2 El deducible de nuestro plan

Su deducible es de $257. Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, usted no debe pagar ningún monto para alcanzar el deducible.

Estos montos de costo compartido corresponden a 2025 y pueden cambiar en 2026. Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) proporcionará tarifas actualizadas en www.elderplan.org en cuanto se publiquen.

El deducible dentro de la red se aplica a los siguientes servicios:

Servicios de rehabilitación cardíaca, servicios intensivos de rehabilitación cardíaca, servicios de rehabilitación pulmonar, servicios de terapia de ejercicios con supervisión (SET) para enfermedad arterial periférica (PAD), hospitalización parcial, servicios del programa intensivo para pacientes externos, servicios de atención médica en el hogar, servicios de médicos de atención primaria, servicios de quiropráctica, servicios de terapia ocupacional, servicios de especialistas médicos, servicios grupales e individuales especializados de salud mental, servicios de podiatría, otros profesionales de atención médica, servicios de psiquiatría individual y grupal, fisioterapia y servicios de patología del habla y el lenguaje, servicios adicionales de telemedicina, procedimientos/exámenes/servicios de laboratorio de diagnóstico, servicios de radiología terapéutica, servicios de radiografías para pacientes externos, servicios hospitalarios para pacientes externos, servicios de observación, servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC), atención individual y grupal por abuso de sustancias para pacientes externos, servicios de exámenes de sangre para pacientes externos, servicios de ambulancia de transporte terrestre, servicios de ambulancia de transporte aéreo, equipo médico duradero (DME), prótesis, suministros médicos, suministros para diabéticos, zapatos o plantillas para diabéticos, servicios de diálisis, servicios educativos sobre enfermedad renal, pruebas de detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes.

Sección 1.3 ¿Cuál es el máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de las Partes a y B de Medicare?

Nota: Debido a que nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo de gastos no cubiertos. Usted no es responsable de ningún gasto no cubierto para alcanzar el monto máximo de gastos no cubiertos para los servicios cubiertos de la Parte a y la Parte B.

Los planes Medicare Advantage tienen límites en cuanto al monto que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto MOOP es de $9,250.**

Los montos que paga por los deducibles, copagos y coseguros para los servicios combinados dentro de la red y fuera de la red se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos no cubiertos. Los montos que paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Si llega al monto máximo combinado de $9,250 de costos que paga de su bolsillo, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte a y la Parte B. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

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

La Tabla de beneficios médicos de la página siguiente enumera los servicios cubiertos por Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) (la cobertura para medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con todos estos requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención de MA coordinado debe brindar un período de transición mínimo de 90 días, durante el tiempo en que el nuevo plan MA no puede requerir autorización previa para cualquier curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. También puede recibir atención de un proveedor fuera de la red. Su plan tiene una opción proveedor del servicio (POS) que brinda cobertura para ciertos servicios y beneficios de proveedores fuera de la red. En el Capítulo 3, se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que provee y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están indicados en la Tabla de beneficios médicos como “Se requiere autorización”.

Otros datos importantes sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos con receta. Medicaid cubre sus costos compartidos de los servicios de Medicare, incluidas la atención para pacientes internados en un hospital (enfermedades agudas) y la atención psiquiátrica para pacientes internados. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como el transporte que no es de emergencia y la atención a largo plazo.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare y Usted 2026. Puede consultarlo en línea en www.Medicare.gov o solicitar una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de los servicios preventivos cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

- Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) ofrece beneficios totalmente integrados de Medicare y Medicaid. Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a bajo Medicaid, tendrá un costo compartido de $0 para ciertos servicios cubiertos por Medicare. Para obtener una lista de los beneficios cubiertos de Medicare y Medicaid, y el costo compartido correspondiente, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.
- Si se encuentra dentro del período de tres meses de continuación de supuesta elegibilidad del plan, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por Medicare del plan Medicare Advantage. Además, durante este período, también seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en este plan. Los montos de costo compartido para los beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian durante este período.

Usted no paga nada por los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para los inscritos con afecciones crónicas

- Si se le diagnostica alguna de las afecciones crónicas que figuran a continuación y cumple con determinados criterios, es posible que sea elegible para los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.
    - Trastornos crónicos por consumo de alcohol y otras sustancias (SUD), incluidos, entre otros, los siguientes:
        - Consumo de tabaco y afecciones relacionadas
    - Trastornos autoinmunitarios incluidos, entre otros, los siguientes:
        - Poliarteritis nodosa
        - Polimialgia reumática
        - Polimiositis
        - Artritis reumatoidea
        - Lupus eritematoso sistémico
    - Cáncer
    - Cáncer, incluidos, entre otros los siguientes:
        - Leucemia
        - Linfoma de Hodgkin
    - Trastornos cardiovasculares, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Arritmias cardíacas
- Enfermedad coronaria arterial
- Enfermedad vascular periférica
- Trastorno tromboembólico venoso crónico

- Insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad cardíaca, incluidas, entre otras, las siguientes:
  - Hipertensión
- Demencia
- Diabetes, incluidas, entre otras, las complicaciones relacionadas con la diabetes, como las siguientes:
  - Retinopatía diabética
  - Nefropatía diabética
  - Neuropatía diabética
- Diabetes mellitus
- Enfermedad gastrointestinal crónica, incluidas, entre otras, las siguientes:
  - Enfermedad inflamatoria intestinal (IBD)
  - Enfermedad de Crohn:
  - Colitis ulcerosa
  - Síndrome del intestino irritable (IBS)
  - Enfermedad celíaca
  - Enfermedad hepática terminal
  - Hepatitis B

- Hepatitis C
- Fibrosis quística

- Trastornos hematológicos graves, incluidos, entre otros, los siguientes:
  - Anemia aplásica
  - Anemia
  - Hemofilia
  - Púrpura trombocitopénica inmune
  - Síndrome mielodisplásico
  - Anemia falciforme (excluido el rasgo falciforme)
  - Trastorno tromboembólico venoso crónico
  - Policitemia vera
  - Talasemia
  - Trombocitopenia
  - Macroglobulinemia de Waldenstrom
  - Trombocitemia esencial
  - Hemocromatosis
- VIH/SIDA
- Trastornos pulmonares crónicos, incluidos, entre otros, los siguientes:
  - Asma
  - Bronquitis crónica

- Bronquitis
- Enfisema
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Fibrosis pulmonar
- Hipertensión pulmonar

- Afecciones crónicas y de salud mental incapacitantes, incluidas, entre otras, las siguientes:
  - Trastorno de bipolaridad
  - Trastornos depresivos graves
  - Trastorno de paranoia
  - Esquizofrenia
  - Trastorno esquizoafectivo
  - Trastornos alimenticios
- Trastornos neurológicos, incluidos, entre otros, los siguientes:
  - Enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia
  - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
  - Epilepsia
  - Parálisis extendida (es decir, hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)
  - Enfermedad de Huntington

- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Polineuropatía
- Estenosis espinal
- Déficit neurológico relacionado con accidentes cerebrovasculares

- Accidente cerebrovascular
- Después de un trasplante de órganos
- Inmunodeficiencias y trastornos inmunosupresores, incluidos, entre otros, los siguientes:
  - Inmunodeficiencia combinada grave (IDCG)
  - Inmunodeficiencia común variable (IDCV)
  - Agammaglobulinemia ligada al cromosoma X (XLA)
  - Síndrome de DiGeorge
  - Enfermedad granulomatosa crónica (EGC)
  - Síndrome de Wiskott-Aldrich
  - Deficiencias del complemento
- Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo, que incluyen, entre otras, las siguientes:
  - Enfermedad de Alzheimer
  - Enfermedad de Parkinson
  - Demencia con cuerpos de Lewy

- Demencia frontotemporal (FTD)
- Demencia vascular
- Enfermedad de Huntington
- Enfermedades priónicas
- Lesión cerebral traumática (TBI)
- Delirio
- Depresión y otras afecciones psiquiátricas
- Hidrocefalia normotensiva (NPH)
- Epilepsia
- Trastornos del sueño

- Afecciones con desafíos funcionales, que incluyen, entre otras, las siguientes:
  - Esclerosis múltiple
  - Distrofia muscular
  - Accidente cerebrovascular
  - Artritis, incluidas, entre otras, las siguientes:
    - Artritis reumatoidea ostio
- Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato, incluidas, entre otras, las siguientes:
  - Degeneración macular relacionada con la edad (DMAE)
  - Ambliopía

- Neuritis óptica
- Enfermedad ocular tiroidea (TED)
- Síndrome de Usher
- Enfermedad de Ménière
- Otosclerosis
- Enfermedad autoinmunitaria del oído interno (AIED)
- Neuroma acústico
- Enfermedad de Lyme
- Síndrome de Guillain-Barré
- Síndrome del túnel carpiano

- Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento, incluidas, entre otras, las siguientes:
  - Depresión grave
  - Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
  - Trastornos de ansiedad graves
  - Trastorno de bipolaridad
  - Parálisis cerebral
- Enfermedad renal crónica (CKD)
  - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que requiere diálisis
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico

- Osteoporosis
- Síndrome de distrofia simpática refleja (RSD)

Elderplan ofrece un beneficio de alimentos, comidas con entrega a domicilio, pagos de ciertos servicios públicos, transporte no médico y asistencia para el pago de alquiler o hipoteca para miembros con determinadas condiciones crónicas. Los miembros confirmarán la elegibilidad después de inscribirse en el plan.

- Para obtener más detalles, consulte la fila *Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos a continuación.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente qué beneficios puede recibir según su elegibilidad.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección solo para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de acupuntura (no cubiertos por Medicare)	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago por consulta. Puede recibir hasta 60 consultas por año para los siguientes servicios: ▪ Acupuntura ▪ Terapia con ventosas/moxibustión ▪ Acupresión ▪ Tui Na ▪ Gua Sha ▪ Reflexología ▪ Terapia de luz infrarroja

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas en las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, las siguientes son características del dolor lumbar crónico: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, es decir, no existe una causa sistémica identificable (no se asocia a una enfermedad metastásica, inflamatoria, contagiosa, etc.). • No se asocia a una cirugía. • No se asocia al embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o tiene un retroceso.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de acupuntura para el dolor lumbar crónico cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) **Requisitos del proveedor:** Los médicos (según se define en 1861 [r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden suministrar la acupuntura de conformidad con los requisitos del estado aplicables. Asistentes médicos (PA), practicantes de enfermería (NP)/especialistas en enfermería (CNS) (según se identifica en 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionarle la acupuntura si cumple con todos los requisitos estatales vigentes y tiene: • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de acreditación de acupuntura y medicina oriental (ACAOM), y	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) • una licencia actual, plena y activa para practicar la acupuntura en un estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el distrito de Columbia. El personal auxiliar que ofrece acupuntura debe estar en el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del título 42 del CFR.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya condición médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. Se requiere autorización para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *de Bienvenida a Medicare*. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una consulta de *Bienvenida a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	**Dentro de la red** No hay ningún coseguro, copago o deducible para la consulta anual de bienestar.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnen los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses, o con mayor frecuencia si se trata de procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante la consulta, el médico debe analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de cáncer colorrectal Se cubren los siguientes exámenes de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo o máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tengan alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia previa para pacientes que no tengan alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con alto riesgo después de una colonoscopia de detección anterior.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y quita un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tengan alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando hayan pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o hayan pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar por una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tengan alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en la materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Test multidiana de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con criterios de alto riesgo. Se cubre una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con criterios de alto riesgo. Se cubre una vez cada 3 años.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare devuelva un resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de ella y en el mismo encuentro clínico que ella.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una serie limitada de circunstancias, específicamente cuando dicho servicio es parte integral del tratamiento específico de una condición médica primaria de la persona. Ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de la fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en la preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que implican el trasplante de mandíbula o exámenes bucales anteriores al trasplante de órgano. Además, cubrimos lo siguiente: **Servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios:** • Servicios de exámenes bucales • Servicios de radiografías dentales • Servicios de limpiezas (profilaxis) • Otros servicios dentales de diagnóstico	**Servicios dentales integrales** **Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare. Medicare pagará solo determinados servicios dentales integrales que usted reciba mientras está en el hospital. Medicare también pagará estadías en el hospital si necesita un procedimiento de emergencia o procedimiento dental complicado.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación) **Servicios dentales integrales suplementarios:** • Servicios de restauración • Servicios de endodoncia • Servicios de periodoncia • Prostodoncia (extraíble) • Prótesis maxilofacial • Implantes • Prostodoncia (fija) • Cirugía bucal y maxilofacial • Servicios generales complementarios	**Servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios** **Servicios dentro de la red y fuera de la red combinados** La cobertura de servicios dentales preventivos suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación. Servicios combinados dentro y fuera de la red.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación)	Sin coseguro, copago ni deducible para lo siguiente: Algunos códigos en los Servicios de exámenes bucales: • Exámenes bucales limitados: 1 por mes • Exámenes bucales: 1 cada 6 meses y 1 cada 12 meses <u>Servicios de radiografías dentales:</u> los códigos selectos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías dentales: 1 cada 6 meses y 1 cada 12 meses

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación)	• Radiografías dentales: 1 cada 36 meses • Película panorámica y cefalométrica: 1 cada 36 meses • Imágenes fotográficas orales/faciales: 2 cada 6 meses • Radiografías dentales: 2 cada 12 meses • Radiografías dentales: los códigos selectos están cubiertos sin limitación de frecuencia.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación)	Limpiezas preventivas (limpiezas): • Limpiezas (profilaxis): 1 cada 6 meses Otros servicios dentales de diagnóstico: • Los códigos selectos están cubiertos sin limitación de frecuencia.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación)	**Servicios dentales integrales suplementarios: Dentro de la red y fuera de la red combinados** La cobertura de los servicios dentales integrales suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada, según las pautas de la Asociación Dental Estadounidense (ADA), a un (1) servicio por diente/por arco/por cuadrante.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación)	Servicios de restauración: Códigos selectos • Copago de $0, 1 cada 12 meses. • Copago de $0, 1 cada 24 meses. • Copago de $0, 1 cada 60 meses. • Copago de $0, 2 cada 12 meses. • Copago de $0, 1 de por vida. • Los códigos selectos están cubiertos con un copago de $0 sin limitación de frecuencia. Servicios de endodoncia: Códigos selectos • Copago de $0, 1 de por vida.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación)	• Los códigos selectos están cubiertos con un copago de $0 sin limitación de frecuencia. Servicios de periodoncia: Códigos selectos: • Copago de $0, 1 cada 6 meses. • Copago de $0, 1 cada 12 meses. • Copago de $0, 1 cada 24 meses. • Copago de $0, 1 cada 36 meses. • Copago de $0, 1 cada 60 meses. • Copago de $0, 1 de por vida.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación)	• Los códigos selectos están cubiertos con un copago de $0 sin limitación de frecuencia. Prostodoncia, extraíble: Códigos selectos: • Copago de $0, 1 cada 12 meses. • Copago de $0, 2 cada 12 meses. • Copago de $0, 4 cada 12 meses. • Copago de $0, 1 cada 24 meses. • Los códigos selectos están cubiertos con un copago de $0 sin limitación de frecuencia.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación)	Servicios de prótesis maxilofacial: Códigos selectos • Copago de $0, 1 cada 6 meses. • Copago de $0, 1 cada 12 meses. • Copago de $0, 2 cada 12 meses. • Copago de $0, 6 cada 2 meses. • Los códigos selectos están cubiertos con un copago de $0 sin limitación de frecuencia. Servicios de implantes: Códigos selectos: • Copago de $0, 1 cada 12 meses. • Copago de $0, 1 cada 24 meses.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación)	• Copago de $0, 1 cada 8 años • Copago de $0, 1 de por vida. • Los códigos selectos están cubiertos con un copago de $0 sin limitación de frecuencia. <u>Servicios de prostodoncia, dentaduras fijas:</u> Códigos selectos • Copago de $0, 1 cada 60 meses. • Copago de $0, 1 cada 24 meses. • Los códigos selectos están cubiertos a un copago de $0

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación)	Cirugía bucal y maxilofacial: Códigos selectos • Copago de $0, 1 cada 6 meses. • Copago de $0, 1 cada 12 meses. • Copago de $0, 1 cada 24 meses. • Copago de $0, 2 cada 60 meses. • Copago de $0, 1 de por vida. • copago de $0, 2 de por vida • Copago de $0, 3 de por vida • Los códigos selectos están cubiertos con un copago de $0 sin limitación de frecuencia.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios dentales (continuación)	Servicios generales suplementarios: Códigos selectos • Copago de $0, 1 cada 7 meses. • Copago de $0, 1 cada 6 meses. • Copago de $0, 1 cada 12 meses. • Copago de $0, 2 cada 12 meses. • Los códigos selectos están cubiertos con un copago de $0 sin limitación de frecuencia. Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y tratamiento de seguimiento.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de pruebas de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Es posible que también se cubran los exámenes si cumple con otros requisitos; por ejemplo, sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha del examen de detección de diabetes más reciente.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para la capacitación para el autocontrol de la diabetes, los servicios o suministros para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare. Las tiras reactivas para la diabetes y los medidores de glucosa en sangre están limitados a determinados fabricantes: Abbott Diabetes Care y Ascensia Diabetes Care.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación) • Para las personas con diabetes que tienen la enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en ciertas condiciones.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. También puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web: www.elderplan.org.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para el equipo médico duradero (DME) y los suministros relacionados cubiertos por Medicare. La autorización solo se requiere para ciertos artículos que son similares, pero no están limitados a equipos o artículos de alto costo, motorizados y personalizados.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)	Usted paga un copago de $0 para monitores y suministros de Freestyle Libre disponibles en las farmacias participantes. Es posible que se requiera autorización. No se requiere coseguro ni copago para equipos de oxígeno de Medicare. Sus costos compartidos no cambiarán luego de estar inscrito durante 36 meses.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Que ofrezcan un proveedor calificado para suministrar servicios de emergencia • Que sean necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeore rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red.	No se requiere coseguro ni copago para la atención de emergencia cubierta por Medicare. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su situación de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención, O si debe recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de emergencia (continuación) **Cobertura internacional de servicios de emergencia, transporte de emergencia y servicios de urgencia** No se requiere copago ni coseguro para la cobertura internacional de servicios de emergencia/urgencia/transporte de emergencia (el monto de beneficio máximo es de $50,000). **Beneficio de asistencia internacional en caso de emergencia** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de asistencia internacional en caso de emergencia acordados por nuestro proveedor de asistencia internacional en caso de emergencia.	red que nuestro plan autorice, el costo que le corresponde pagar es el mismo costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de emergencia (continuación) **Cobertura internacional de servicios de emergencia, transporte de emergencia y servicios de urgencia** Elderplan ofrece a sus miembros elegibles servicios de asistencia en viaje a través de Assist America®. Cuando experimenta una emergencia relacionada con un viaje mientras se encuentra a más de 100 millas de distancia de su hogar o fuera del país durante menos de 90 días consecutivos, los miembros elegibles de Elderplan pueden comunicarse con el Centro de Operaciones de Assist America las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener ayuda.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Tarjeta Flex	No se requiere coseguro ni copago para la Tarjeta Flex. Recibirá una asignación de $500 para usar en 2026 en gastos no cubiertos para servicios dentales, de vista, auditivos o de ejercicio físico. Cualquier beneficio que no se use en dólares vence al final del año calendario o si cancela su inscripción en el plan.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Programas educativos sobre salud y bienestar **Programa de entrenamiento de la memoria de BrainHQ®** Los miembros tendrán acceso a un programa de entrenamiento de la memoria en línea para mejorar la función cerebral mediante juegos, crucigramas y otros ejercicios divertidos. Los miembros también pueden participar en seminarios web mensuales sobre la salud del cerebro y en una clase en línea sobre la memoria. Para registrarse, visite (elderplan.brainhq.com). El número gratuito de BrainHQ® es 888-496-1675 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y está disponible de lunes a viernes, de 10:00 a.m. a 7:00 p.m.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para BrainHQ®.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) **Beneficio de ejercicio físico (gimnasio)** Los miembros tienen acceso al Programa de ejercicios y envejecimiento saludable Silver&Fit® sin costo alguno. Bajo este programa, los miembros pueden acceder a los centros de ejercicio físico participantes sin costo. Además, los miembros pueden elegir 1 (un) kit de ejercicio físico en el hogar por año de beneficios sin costo alguno. Los miembros también pueden acceder a otras características del programa Silver&Fit, incluidos miles de videos de ejercicios a pedido, eventos virtuales a través del Club de bienestar, y sesiones de entrenamiento especializadas. El número gratuito de Silver&Fit® es 1-877-427-4788 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 9:00 p.m.	No se requiere coseguro ni copago para el beneficio de ejercicio físico.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) **Descargo de responsabilidades:** el programa Silver&Fit® es brindado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit® es una marca registrada de ASH y se utiliza con permiso en este documento. Los kits están sujetos a cambios. La participación de los centros de ejercicio físico está sujeta a cambios y puede variar según la ubicación.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios auditivos **Servicios auditivos cubiertos por Medicare:** Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. **Servicios auditivos que no cubre Medicare (una vez por año):** • Audífonos, incluidos todos los tipos	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. No se requiere coseguro ni copago para audífonos (todos los tipos) una vez por año. La cobertura de audífonos (todos los tipos) es de hasta $2,500 para ambos oídos combinados cada año. Se requiere de autorización de un médico o especialista.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan un examen de detección o que tienen alto riesgo de infectarse con el VIH, cubriremos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 exámenes de detección durante un embarazo.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención médica en el hogar Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su hogar, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o de auxiliar de atención de la salud en el hogar en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en virtud del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención de la salud en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios brindados por agencias de atención de la salud en el hogar cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Terapia de infusión intravenosa en el hogar La terapia de infusión intravenosa en el hogar implica la aplicación intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión intravenosa en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de profesionales, incluidos los servicios de enfermería, provistos de acuerdo con nuestro plan de atención. • Capacitación y educación para pacientes no cubiertas de otra forma por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para la terapia de infusión intravenosa en el hogar cubierta por Medicare: • Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Terapia de infusión intravenosa en el hogar (continuación) • Servicios de monitoreo para la terapia de infusión intravenosa en el hogar e infusión de medicamentos suministrada por un proveedor calificado de terapia de infusión intravenosa en el hogar.	• Equipo médico duradero y suministros relacionados. La autorización solo se requiere para ciertos artículos que son similares, pero no están limitados a equipos o artículos de alto costo, motorizados y personalizados. • Suministros médicos Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Terapia de infusión intravenosa en el hogar (continuación)	• Servicios de agencias de atención médica en el hogar. Se requiere autorización. **Dentro de la red y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para • Consultas presenciales con un especialista.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cuidados de hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede obtener atención a través de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que son propios, que controlamos o sobre los que tenemos un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar	• Otros profesionales de atención médica. Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas por un enfermero practicante o un auxiliar médico directamente.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cuidados de hospicio (continuación) Cuando ingresa en un hospicio, tiene derecho a seguir inscrito en su plan; si sigue inscrito en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios del hospicio y los servicios cubiertos por la Parte a o la Parte B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte a y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, el proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte a y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Original Medicare, y no Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP). Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) pagará una única consulta por asesoramiento antes de que elija el hospicio.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cuidados de hospicio (continuación) **Para los servicios cubiertos por la Parte a o la Parte B de Medicare que no se relacionen con su pronóstico terminal:** si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte a o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay un requisito para obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto del costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según Original Medicare.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cuidados de hospicio (continuación) **Para los servicios cubiertos por** Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) **que no están cubiertos por la Parte a o la Parte B de Medicare:** Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte a o la Parte B, independientemente de si están relacionados o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su afección en un hospicio terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal de hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5).	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cuidados de hospicio (continuación) **Nota:** si necesita cuidados no relacionados con un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicios (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicios.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información.	**Dentro de la red** No hay ningún coseguro, copago o deducible para la vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y las vacunas contra la COVID-19.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención para pacientes internados en un hospital Incluye cuidados agudos para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería habitual • Costos de las unidades de atención especial (por ejemplo, unidades de atención intensiva o coronaria) • Drogas y medicamentos	**Dentro de la red** No hay coseguro ni copago por la atención para pacientes internados en un hospital cubierta por Medicare ni por los servicios que recibe de los médicos y otros proveedores mientras usted es un paciente internado. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación) • Exámenes de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de la sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla o del lenguaje • Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados	Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. Además, cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura hospitalaria para pacientes internados estará limitada a 90 días.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)	Un período de beneficios comienza el primer día en que usted es internado en un hospital para pacientes internados o centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando se cumplen 60 días consecutivos desde que salió de un hospital o de un SNF. Si va al hospital (o SNF) después de finalizado un período de beneficios,

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación)	comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación) • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, coordinaremos para que uno de los centros de trasplantes aprobados por Medicare revise su caso y decida si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes de la red se encuentran fuera de los patrones comunitarios de atención, puede elegir recibir sus servicios localmente, siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-PPOS) brinda servicios de	Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación) • trasplante en un lugar fuera de sus patrones comunitarios de atención para trasplantes y usted elige recibir el trasplante en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos solo comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, o bien donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta. • Servicios médicos	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención para pacientes internados en un hospital (continuación) **Nota:** para ser un paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro si es paciente internado o externo, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare.* Esta hoja de datos se encuentra disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. • Tiene cobertura por hasta 190 días de servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente de por vida. • No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener cuando recibe atención de salud mental en un hospital general. También puede tener múltiples períodos de beneficios cuando recibe atención en un hospital psiquiátrico. • Como miembro de doble elegibilidad, están cubiertos todos los servicios de salud mental para pacientes internados, incluidos ingresos voluntarios o involuntarios para recibir servicios de salud mental que superen el límite de 190 días de Medicare.	**Dentro de la red** No hay coseguro ni copago por la atención de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare ni por los servicios que recibe de los médicos y otros proveedores mientras usted es un paciente internado. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	Nuestro plan cubre hasta 90 días de hospitalización médica necesaria por cada período de beneficios. Además, cubre hasta 60 días adicionales de reserva de por vida. Se otorgan 90 días para cada período de beneficios, pero los 60 días de reserva de por vida se pueden usar solo una vez durante la vida del beneficiario para la atención brindada en un hospital de cuidados agudos o en un hospital psiquiátrico.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	Nuestro plan cubre hasta 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico. Los 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico se ofrecen una vez durante la vida del beneficiario. El pago no puede hacerse por más de un total de 190 días de atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente durante la vida del paciente.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	Un período de beneficios comienza el día que un beneficiario ingresa como paciente internado en el hospital o el SNF. El período de beneficios finaliza cuando el beneficiario no haya recibido atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	Si a un beneficiario lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Hospitalización de pacientes internados: Servicios cubiertos que se reciben en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Los vendajes quirúrgicos • Las tablillas, los yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones	No hay coseguro ni copago por la atención para pacientes internados en un hospital cubierta por Medicare ni por los servicios que recibe de los médicos y otros proveedores durante una hospitalización no cubierta. Dispositivo protésico o suministro médico. Se requiere autorización. Servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o patología del habla y el lenguaje.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Hospitalización de pacientes internados: Servicios cubiertos que se reciben en un hospital o un SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación) • Las prótesis y los dispositivos ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplacen todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo) o toda o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funcione o funcione mal permanentemente, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • La fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Se requiere autorización. Servicios de radiología de diagnóstico. Se requiere autorización SOLO para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas (CT).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Tratamiento médico nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante de riñón cuando el médico así lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que usted reciba más horas de tratamiento, con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años, en caso de que su tratamiento sea necesario el siguiente año calendario.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para servicios de tratamiento médico nutricional cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios de MDPP están cubiertos para las personas elegibles en todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual de la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos con el fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio MDPP.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare **La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:** • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes externos o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC). • Insulina suministrada a través de un elemento de equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Usted paga hasta $35 por los medicamentos con insulina de la Parte B de Medicare. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • El medicamento de Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra intravenosamente. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exámenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que pudieran sumarse a sus costos generales. Consulte con su médico sobre qué exámenes y pruebas es posible que necesite como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se administra uno mismo por medio de una inyección si tiene hemofilia.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos inmunosupresores/trasplantes: Medicare cubre la terapia de medicamentos para trasplante si Medicare pagó por el trasplante de órganos. Debe tener la Parte a en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento de obtener medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los brinda bajo la supervisión apropiada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingirió, rompe con los mismos ingredientes activos que se encuentran en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. a medida que hay nuevos medicamentos para el cáncer disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que usted utiliza como parte de un régimen de quimioterapia si se administran antes, o dentro de las 48 horas de la quimioterapia o si se utilizan como un reemplazo terapéutico completo para un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Calcimiméticos o medicamentos quelantes del fosfato según el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Agentes estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si usted tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones. (Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxi-polietilenglicol epoetina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda).	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) También cubrimos algunas vacunas según nuestro beneficio de medicamentos de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos según la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, por ejemplo, las normas que debe cumplir para que se cubran las recetas. En el Capítulo 6 se explica lo que paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan.	
Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal mayor a 30, cubriremos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria para obtener más información.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de tratamiento para dejar los opioides Los miembros de nuestro plan con trastornos por el uso de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar los OUD mediante un tratamiento para dejar los opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos del tratamiento asistido por medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas para dejar los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. • Suministro y administración de medicamentos del MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el abuso de sustancias. • Terapia grupal e individual • Pruebas de toxicología. • Actividades sobre el consumo. • Evaluaciones periódicas.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios del Programa para dejar los opioides cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y servicios de técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Las tablillas, los yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones. • Exámenes de laboratorio.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para exámenes de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos cubiertos por Medicare. Dispositivo protésico o suministro médico. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo, o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) cubre las primeras tres pintas de sangre sin costo para usted en un entorno para pacientes externos.	Servicios de radiología de diagnóstico. Se requiere autorización SOLO para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas (CT).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación) • Exámenes de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando el médico u otro proveedor de atención médica así lo indiquen para tratar un problema médico. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos.	**Dentro de la red y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o patología del habla y el lenguaje cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se ofrecen para determinar si necesita ingresar al hospital como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo se cubren cuando los solicita un médico u otra persona autorizada por las leyes de certificación del estado y los estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes en el hospital o solicitar pruebas para pacientes externos.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación) **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro si es un paciente externo, pregúntele al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare.* Esta hoja de datos se encuentra disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Exámenes de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento como paciente internado sin dicho programa. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare: • Servicios hospitalarios para pacientes externos. • Servicios de hospitalización parcial. Se requiere autorización. • Procedimientos/ exámenes y servicios de laboratorio de diagnóstico para pacientes externos.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) • Suministros médicos, como tablillas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse por sí mismo. **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro si es un paciente externo, pregúntele al personal del hospital.	• Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos. • Servicios de radiografías. • Servicios de radiología terapéuticos para pacientes externos.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	• Servicios de radiología de diagnóstico para pacientes externos. Se requiere autorización SOLO para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas (CT).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)	**Dentro de la red y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o patología del habla y el lenguaje cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un consejero profesional licenciado (LPC), un terapeuta de familia y matrimonio licenciado (LMFT), un enfermero practicante (NP), un auxiliar médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para las sesiones individuales o grupales de servicios especializados de salud mental y servicios de psiquiatría para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindan en diversos entornos para pacientes externos, como departamentos de un hospital para pacientes externos, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF).	**Dentro de la red y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla/lenguaje cubiertas por Medicare por consulta. Se requiere autorización.
Servicios por trastorno del uso de sustancias para pacientes externos Estos programas ofrecen tratamiento por abuso de sustancias de manera ambulatoria, en entornos individuales y grupales.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** si se va a realizar una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si será como paciente internado o externo. a menos que el proveedor redacte una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía como paciente externo. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para cirugías para pacientes externos cubiertas por Medicare en un hospital para pacientes externos o centro quirúrgico ambulatorio.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Productos de venta libre (OTC) Los miembros reciben una tarjeta de productos de venta libre (OTC) con un monto máximo trimestral proporcionada por Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) para comprar productos de OTC elegibles. El beneficio de OTC se debe usar durante el trimestre. Todo saldo restante de la tarjeta OTC se transferirá al siguiente trimestre, pero vencerá a fin de año. La tarjeta OTC no es una tarjeta de débito ni crédito, y no se puede canjear por efectivo ni usar para comprar medicamentos con receta cubiertos por la Parte B o la Parte D. Otros beneficios de OTC: • La Terapia de reemplazo de nicotina (NRT) que se ofrece no duplica ningún medicamento de OTC de la Parte D ni del formulario.	Usted puede comprar hasta $950 por trimestre de productos OTC elegibles. El saldo de la tarjeta OTC se transferirá de un trimestre a otro, pero vencerá al final del año. Los períodos trimestrales de beneficios se distribuyen de la siguiente manera: • Trimestre 1 (enero, febrero y marzo) • Trimestre 2 (abril, mayo y junio) • Trimestre 3 (julio, agosto y septiembre)

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Productos de venta libre (OTC) (continuación)	• Trimestre 4 (octubre, noviembre y diciembre) Para los miembros elegibles, el beneficio de OTC se combina con los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Consulte la sección de Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas para obtener más información.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Productos de venta libre (OTC) (continuación)	El beneficio de OTC cubre pruebas de COVID 19 y el spray nasal Naloxona en algunas farmacias o comercios minoristas selectos.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, proporcionado como servicio hospitalario para pacientes externos o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio del médico, terapeuta, un terapeuta de familia y matrimonio licenciado (LMFT) o un consejero profesional licenciado, y es una alternativa a la hospitalización.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos (continuación) El *servicio intensivo para pacientes externos* es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) activo que se brinda en un departamento para pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud federal calificado o una clínica de salud rural. Este tratamiento es más intenso que la atención que recibe en el consultorio del médico, terapeuta, un terapeuta de familia y matrimonio licenciado (LMFT) o un consejero profesional licenciado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas médicas presenciales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios que recibe en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio básicos realizados por su *PCP o especialista*, si el médico así lo indica, para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos **si ocurre lo siguiente**: o Usted no es un paciente nuevo, **y** o El control no está relacionado con una consulta presencial en los últimos 7 días, **y**	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago por consulta presencial para recibir los siguientes servicios: • Servicios de proveedores de atención primaria (PCP) **Dentro de la red y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago por consulta presencial para recibir los siguientes servicios: • Servicios de proveedores especialistas.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas médicas presenciales (continuación) o El control no implica una consulta presencial en un plazo de 24 horas o una cita disponible lo antes posible. • Evaluación de videos o imágenes que usted le envía a su médico, e interpretación y seguimiento de su médico en el plazo de 24 horas **si ocurre lo siguiente**: o Usted no es un paciente nuevo, **y** o La evaluación no está relacionada con una consulta presencial en los últimos 7 días, **y** • La evaluación no deriva en una consulta presencial dentro de las próximas 24 horas o una cita disponible lo antes posible. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o expediente médico electrónico.	• Otros profesionales de atención médica: solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas directamente por un enfermero practicante o un auxiliar médico.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas médicas presenciales (continuación) • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) también cubre lo siguiente: **Servicios de telesalud** • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: o Servicios de urgencia o Servicios del proveedor de atención primaria o Servicios de especialistas médicos o Servicios especializados de salud mental (sesiones individuales y grupales) o Servicios de psiquiatría (sesiones individuales y grupales) o Atención por abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones individuales y grupales)	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para cada uno de los siguientes servicios de telesalud: • Servicios de proveedores de atención primaria (PCP) • Servicios de proveedores especialistas • Servicios de urgencia • Servicios especializados de salud mental, sesiones individuales y grupales

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas médicas presenciales (continuación) • Tiene la opción de obtener estos servicios en persona o a través de telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros con diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico hospitalario, o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación.	• Servicios de psiquiatría, sesiones individuales y grupales • Atención por abuso de sustancias para pacientes externos, sesiones individuales y grupales

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas médicas presenciales (continuación) • Servicios de telesalud para los miembros que padecen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si ocurre lo siguiente: o Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. o Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. o Las excepciones se pueden hacer al mismo para ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental brindadas por clínicas de salud rurales y centros federales de salud calificados.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas médicas presenciales (continuación) Servicios de telesalud con TELADOC • Usted tiene la opción de recibir servicios médicos generales de médicos certificados por la junta a través de Teladoc por teléfono, video seguro a través de su computadora personal o un dispositivo móvil, como una tableta, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. • Usted tiene acceso a servicios de salud mental de psiquiatras o psicólogos certificados por la junta, o terapeutas autorizados a través de Teladoc mediante los servicios de Teladoc por teléfono, video seguro a través de su computadora personal o un dispositivo móvil, como una tableta, los 7 días de la semana.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas médicas presenciales (continuación) • Los servicios a través de Teladoc están diseñados para atender problemas médicos que no sean de emergencia y no deben utilizarse si presenta una emergencia médica. Si bien este servicio no tiene como objetivo reemplazar a su médico de atención primaria para tratar afecciones comunes o crónicas, a veces una cita virtual con un médico puede ser otra opción cuando el consultorio del médico o el centro de atención de urgencia no están disponibles o abiertos. También se pueden obtener medicamentos con receta cuando sean médicamente necesarios. • Puede llamar a Teladoc para obtener más información sobre el beneficio al 1-800-TELADOC (1-800-835-2362), TTY 1-800-877-8973, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de podiatría **Los servicios de podiatría cubiertos por Medicare incluyen:** diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina para los pies para los miembros que padecen determinadas condiciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.	**Dentro de la red y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.
Los servicios de podiatría suplementarios incluyen lo siguiente: Hasta 12 consultas de atención para los pies de rutina por año	**Dentro de la red y fuera de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de podiatría suplementarios (atención de rutina para los pies, hasta 12 consultas por año).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos para la profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para la PrEP inyectables o vía oral aprobados por la FDA. Si va a recibir un medicamento inyectable, también cubrimos el costo por inyectárselo. • Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (que incluyen evaluación del riesgo de infección por VIH, reducción del riesgo de infección por VIH y cumplimiento de la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual. No se requiere coseguro, copago ni deducible para el servicio preventivo de exámenes de tacto rectal cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Dispositivos protésicos y ortopédicos, y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Entre ellos se incluyen, entre otros, pruebas, colocación o capacitación en el uso de dispositivos ortésicos y protésicos; bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía; marcapasos; férulas; zapatos protésicos; extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de la mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortésicos, y la reparación o el reemplazo de dichos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas (para obtener más información, consulte *Atención de la vista* más adelante en esta tabla).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los dispositivos protésicos y los suministros médicos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a severa y tienen una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.
Prueba de detección y asesoramiento para disminuir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son alcohólicas. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, puede obtener hasta 4 sesiones personales breves de asesoramiento por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben** tener entre 50 y 77 años, y no tener signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de al menos 20 paquetes por año y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años. Además, deben recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta adecuada. Si un médico o profesional no médico calificado elige brindar una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado pide una, y usted cumple con una de estas condiciones: • Está en alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965, y no se considera de alto riesgo, pagaremos una vez por una prueba de detección. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, siguió consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección de hepatitis C negativa), cubrimos las pruebas de detección anuales.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de ETS como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las suministra un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos de pruebas de detección de ETS y asesoramiento sobre estas, cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con este temporalmente).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios para tratar enfermedades renales cubiertos por Medicare: • Servicios de diálisis. • Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo ingresan como paciente internado en un hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas de parte de trabajadores capacitados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, ayudar en casos de emergencia y revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos de la Parte B de Medicare** de esta tabla.	La autorización solo se requiere para ciertos artículos que son similares, pero no están limitados a equipos o artículos de alto costo, motorizados y personalizados. • Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos. • Servicios educativos sobre la enfermedad renal.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)	• Servicios de agencias de atención médica en el hogar. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de "atención en un centro de enfermería especializada", que suele denominarse "SNF"). El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere una hospitalización previa de 3 días como mínimo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para la atención en un centro de enfermería especializada (SNF) cubierta por Medicare. El período de beneficios comienza el día que ingresa como paciente internado y finaliza cuando no haya recibido atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo, o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios médicos o profesionales.	Si lo internan en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios ha terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) En general, usted obtiene atención de SNF en centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de personas mayores o una comunidad de atención continua para jubilados en donde usted estuviera viviendo antes de ingresar al hospital (siempre y cuando el lugar provea la atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF en donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en el que usted salga del hospital.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes externos y hospitalizados que cumplen con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alerta durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de dejar de fumar al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones al año).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de servicios para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Los miembros elegibles para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio combinado de cobertura para medicamentos sin receta y productos de venta libre para cubrir lo siguiente: • Determinados productos que solo pueden conseguirse en algunas farmacias o comercios minoristas. • Comidas con entrega a domicilio, que pueden pedirse en línea o por teléfono. • Ciertas facturas de servicios públicos (como Internet, gas y agua). • Asistencia para el pago de la renta o hipoteca que solo puede usarse para empresas minoristas que aceptan tarjetas prepagas. • Transporte no médico que acepte tarjetas prepagas.	No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. Este beneficio de SSBCI se combina con el beneficio de OTC para cubrir determinados productos, comidas con entrega a domicilio y facturas de servicios públicos, incluido el Internet, asistencia para la renta o la hipoteca y transporte no médico como parte de la asignación trimestral de OTC.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación) Los miembros que no son elegibles para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) solo recibirán la cobertura para medicamentos sin receta y productos de venta libre. La cobertura combinada de OTC de hasta $950 por trimestre estará disponible cada tres meses. Los beneficios se transferirán al siguiente trimestre, pero vencerán a fin de año. Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los artículos elegibles y una lista de redes de farmacias o comercios minoristas selectos.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Terapia de ejercicio supervisado (SET) La SET está cubierta para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD). Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe cumplir con los siguientes criterios: • Incluir sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en un consultorio médico. • Ser proporcionado por personal auxiliar calificado, necesario para asegurar que los beneficios superen los daños, que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para la terapia de ejercicio supervisado (SET) cubierta por Medicare. Se requiere autorización.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Terapia de ejercicio supervisado (SET) (continuación) • Estar bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional de enfermería/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si está dentro del área de servicio, no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Como ejemplos de servicios de urgencia están las enfermedades imprevistas y lesiones o exacerbaciones imprevistas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias con el proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de urgencia cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de urgencia (continuación) **Se proporciona cobertura internacional para servicios de emergencia/urgencia/transporte de emergencia**. No se requiere copago ni coseguro para la cobertura internacional de servicios de emergencia/urgencia/transporte de emergencia (el monto de beneficio máximo es de $50,000). **Beneficio de asistencia internacional en caso de emergencia** No se requiere coseguro ni copago para los servicios de asistencia internacional en caso de emergencia acordados por nuestro proveedor de asistencia internacional en caso de emergencia.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de urgencia (continuación) Elderplan ofrece a sus miembros elegibles servicios de asistencia en viaje a través de Assist America®. Cuando experimenta una emergencia relacionada con un viaje mientras se encuentra a más de 100 millas de distancia de su hogar o fuera del país durante menos de 90 días consecutivos, los miembros elegibles de Elderplan pueden comunicarse con el Centro de Operaciones de Assist America las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener ayuda.	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, se incluyen quienes tienen antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una sola prueba de detección de retinopatía diabética por año.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro ni copago para la atención de la vista cubierta por Medicare. Copago de $0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de la vista (continuación) • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía.	
Otros servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Anteojos, incluidos anteojos o lentes de contacto con receta limitados a un máximo anual de $600 por año calendario.	Copago de $0 para **anteojos** que no sean de Medicare (máximo anual de $600 por año calendario), incluidos lentes de contacto o anteojos (lentes y marcos).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" Nuestro plan cubre una consulta preventiva única *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe la cita, infórmele al consultorio de su médico que desea programar la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. No se requiere coseguro, copago ni deducible para un electrocardiograma preventivo cubierto por Medicare luego de una consulta de bienvenida.

Limitaciones y exclusiones de los beneficios dentales suplementarios

Como miembro de nuestro plan, el plan cuenta con limitaciones y exclusiones de beneficios dentales, incluidas, entre otras, las siguientes:

- Nuestro plan dental ofrece cobertura dental dentro y fuera de la red, y todos los servicios cubiertos tienen un copago de $0.
  - Usted paga un copago de $0 para los servicios dentales integrales suplementarios.
  - Usted paga un copago de $0 para los servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios.
  - Las limitaciones del servicio se aplican en función de la lista de tarifas establecida, incluido el tipo de servicio, el número y la frecuencia.
  - Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a cualquier máximo de beneficios, a las limitaciones o a las exclusiones dentro de la red.
- Si desea obtener más información sobre cómo su cobertura dental está relacionada con el tratamiento dental propuesto y los costos, puede solicitarle a su dentista que obtenga una estimación de la cobertura de DentaQuest. Si el proveedor tiene preguntas sobre cómo obtener esta información, pueden ponerse en contacto con DentaQuest usando el número que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro.

- Los dentistas dentro de la red han aceptado brindar servicios a una tarifa negociada. Si consulta a un dentista dentro de la red, no recibirá una factura por un monto superior a la estructura tarifaria negociada para los servicios cubiertos (el máximo anual se sigue aplicando).
    - Cuando un dentista de la red le haya proporcionado servicios dentales cubiertos, le enviará la reclamación en su nombre.
- Los dentistas pueden pedirle que firme un documento de consentimiento informado que detalla los riesgos, los beneficios, los costos y las alternativas a todos los tratamientos recomendados.
- Cuando consulte a un dentista fuera de la red, a menudo este le enviará una reclamación en su nombre. Si no lo hace, usted puede enviarla directamente usando las siguientes instrucciones:
    - El envío de la reclamación debe contener la siguiente información:
        - El nombre completo y el n.º de identificación del miembro.
        - El nombre completo y la dirección del proveedor.
        - La lista de los servicios dentales brindados con los códigos ADA correspondientes.
        - Comprobante de pago en forma de un recibo detallado que refleja el pago y un saldo de paciente nulo.

- Se debe enviar toda la información de reclamación requerida dentro de los 365 días a partir de la fecha de servicio a:
- DentaQuest Claims
  PO Box 2906
  Milwaukee, WI 53201-2906
  - o por fax al 262-834-3589
- El pago se enviará a la dirección que aparece en su cuenta. Para actualizar su dirección o para obtener ayuda para presentar las reclamaciones, comuníquese con Servicios para los Miembros.
- Las reclamaciones dentales se pagan dentro de los 30 días, y la Explicación de pago (EOP) acompañará el pago del cheque.

- Otras limitaciones o exclusiones de la cobertura dental del plan son las siguientes:
  - Procedimientos utilizados por motivos únicamente cosméticos (blanqueamiento dental, laminados, recontorneado gingival), ortopédicos, mantenimiento del espacio, impuestos sobre las ventas, cargos por no acudir a las citas, administración de casos dentales, cargos dentales relacionados con la prueba de detección de COVID, pruebas y vacunas, y procedimientos no especificados por informe.
  - Servicios o suministros provistos junto con servicios no cubiertos o en preparación, o como resultado de estos.

- Gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental comenzado antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
- Servicios relacionados con anomalías congénitas.

- Los cargos asociados con los servicios no cubiertos son su responsabilidad.

Beneficios de Medicaid	
Categoría de servicio	**Descripción de los servicios cubiertos** Nota: la capitación de Medicaid Advantage Plus cubrirá todos los costos compartidos de la Parte C de Medicare del inscrito, incluidos todos los montos de los deducibles, copagos y coseguros, como así también todas las primas de suscripción de Medicare. Esto no incluye los beneficios suplementarios cubiertos por el plan.

Beneficios de Medicaid	
Atención para pacientes internados en un hospital, incluidos servicios por abuso de sustancias y servicios de rehabilitación	Hasta 365 días por año (366 en un año bisiesto). **Servicios de tratamiento para pacientes internados con trastornos por consumo de sustancias** (incluidos, entre otros, el control de la desintoxicación y la abstinencia, los servicios residenciales a corto plazo, los servicios en centros de tratamiento residenciales y el tratamiento asistido con medicamentos con metadona).

Beneficios de Medicaid	
Atención de salud mental para pacientes internados	Atención médicamente necesaria, incluidos los días que excedan el máximo de 190 días de por vida de Medicare. **Atención de salud mental para pacientes internados** (servicios de salud mental a largo plazo, incluidos los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico o general, la unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos, un centro de atención a corto plazo [STCF] o un hospital de acceso crítico). Todos los miembros están cubiertos por el plan para la hospitalización en un hospital general a causa de un caso agudo, independientemente del diagnóstico o tratamiento en el momento de la admisión. Excepto en una emergencia, su proveedor de atención médica debe informarle al plan de su admisión hospitalaria.

Beneficios de Medicaid	
Centro de atención médica residencial	Atención cubierta por Medicare y Medicaid brindada en un centro de atención médica residencial. No se requiere una hospitalización previa.
Atención médica a domicilio	Atención intermitente de enfermería especializada médicamente necesaria, servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar y servicios de rehabilitación. También incluye servicios de atención médica a domicilio que no presta Medicare (p. ej., servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar para pacientes médicamente inestables bajo la supervisión de enfermería).
Consultas presenciales con un PCP	Consultas presenciales un proveedor de atención primaria.
Consultas presenciales con un especialista	Consultas presenciales con un especialista.

Beneficios de Medicaid	
Quiropráctica	Manipulación manual de la columna vertebral provista por quiroprácticos u otros proveedores calificados para corregir la subluxación.
Podiatría	La atención médicamente necesaria de los pies, incluida la atención de condiciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. Hasta cuatro (4) consultas por año para la atención de rutina de los pies.

Beneficios de Medicaid	
Atención de salud mental para pacientes externos	Consultas para terapia individual o grupal. El inscrito debe poder autorremitirse para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses. La atención de salud mental de rehabilitación para pacientes externos adultos también incluye lo siguiente: • Tratamiento asertivo comunitario (ACT) • Servicios de rehabilitación y tratamiento de salud mental para pacientes externos (MHOTRS) • Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS)

Beneficios de Medicaid	
Atención de salud mental para pacientes externos (continuación)	Los servicios de salud mental para adultos incluyen los siguientes: • Programa integral para emergencias psiquiátricas (CPEP) • Programas residenciales para crisis Atención de salud mental para pacientes externos (incluidos, entre otros, asesoramiento clínico y terapia, apoyo de pares, rehabilitación psicosocial, manejo de medicamentos, psicoeducación familiar y modelos intensivos de atención para pacientes externos).

Beneficios de Medicaid	
Atención de salud mental para pacientes externos (continuación)	Los servicios pueden ser prestados por cualquier agencia proveedora autorizada, designada o aprobada por la Oficina de Salud Mental (OMH), o por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un enfermero, un asistente médico, un psiquiatra de la Red de Profesionales Independientes (IPN), un psicólogo o enfermero de práctica avanzada (APN), u otro profesional de la salud mental calificado, según lo permitan las leyes estatales aplicables.

Beneficios de Medicaid	
Atención por abuso de sustancias para pacientes externos	Consultas individuales y grupales. El inscrito debe poder autorremitirse para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses. **Servicios de tratamiento para pacientes externos con trastornos por consumo de sustancias** (incluidos, entre otros, el control de la desintoxicación y la abstinencia, los servicios residenciales a corto plazo, los servicios en centros de tratamiento residenciales y el tratamiento asistido con medicamentos con metadona).

Beneficios de Medicaid	
Servicios móviles para crisis (para las crisis de salud mental o relacionadas con el consumo de sustancias)	Servicios móviles para crisis (evaluación por teléfono o respuesta del equipo móvil para crisis); estabilización residencial de crisis a corto plazo (para crisis de salud mental). Cualquier proveedor de servicios móviles o residenciales para casos de crisis aprobado del estado de New York.

Beneficios de Medicaid	
Servicios comunitarios orientados a la recuperación y rehabilitación (CORE) (para afecciones de salud mental o trastornos por consumo de sustancias)	Servicios comunitarios orientados a la recuperación y rehabilitación (CORE) (que son apoyos móviles de salud conductual orientados a la persona y a la recuperación. Los servicios CORE crean habilidades y autoeficacia que promueven y facilitan la participación en la comunidad y la independencia). Los servicios CORE también incluyen lo siguiente: • Rehabilitación psicosocial (PSR) • Servicios y apoyo de psiquiatría de la comunidad (CPST) • Servicios de empoderamiento: apoyos de pares • Apoyo y capacitación familiar (FST)

Beneficios de Medicaid	
Servicios comunitarios orientados a la recuperación y rehabilitación (CORE) (continuación)	Los servicios CORE están disponibles para los miembros que cumplen con determinados requisitos clínicos. Cualquier persona puede ser remitida o autorremitirse a los servicios CORE.
Cirugía para pacientes externos	Consultas médicamente necesarias a un centro quirúrgico ambulatorio o centro hospitalario para pacientes externos.

Beneficios de Medicaid	
Ambulancia	Servicios de transporte brindados por una ambulancia, incluido el servicio de ambulancia aérea. Transporte de emergencia para el inscrito que sufre de una afección grave, que es potencialmente mortal o discapacitante y que necesita la prestación de servicios de emergencia mientras es trasladado con el fin de recibir servicios hospitalarios. Incluye el traslado al departamento de emergencias de un hospital cuando se llama al “911”.
Departamento de Atención de Emergencia	Atención proporcionada en un departamento de emergencias de un hospital sujeta a la norma de la persona prudente. Esto también puede incluir emergencias de salud mental en programas integrales para emergencias psiquiátricas (CPEP).

Beneficios de Medicaid	
Atención de urgencia	Atención de urgencia cuando el inscrito se encuentra fuera del área de servicio del plan.
Rehabilitación para pacientes externos (terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla)	Los servicios de rehabilitación para pacientes externos, como fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla y el lenguaje (ST), indicados por un médico u otro profesional certificado, están cubiertos por ser médicamente necesarios (sin límites en la cantidad de consultas).

Beneficios de Medicaid	
Equipo médico duradero (DME)	Equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare y Medicaid, incluidos dispositivos y equipos, que no sean calzado ortopédico, protésico ni ortésico, indicado por un profesional para el tratamiento de una condición médica específica. Entre ellos se encuentran el equipo médico y las baterías para audífonos. No es requisito previo que usted no pueda salir de su casa, e incluye DME que no cubre Medicare, pero que están cubiertos por Medicaid (p. ej., taburete para baño, barras para baño).

Beneficios de Medicaid	
Suministros médicos o quirúrgicos, fórmulas parenterales y enterales, y suplementos nutricionales	Por lo general, estos artículos son considerados artículos consumibles de uso único, pagados rutinariamente de acuerdo con la categoría de DME de Medicaid "Free for Service". La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita solo a la cobertura de alimentación por sonda nasogástrica, de yeyunostomía o gastrostomía. La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita a las personas que no pueden obtener nutrición a través de ningún otro medio, y a personas que se encuentran en una de las siguientes condiciones: 1) Personas alimentadas a través de sondas que no pueden masticar ni tragar alimentos y deben recibir nutrición a través de una fórmula mediante una sonda.

Beneficios de Medicaid	
Suministros médicos o quirúrgicos, fórmulas parenterales y enterales, y suplementos nutricionales (continuación)	2) Personas que tienen enfermedades metabólicas congénitas raras que requieren fórmulas médicas específicas para obtener los nutrientes esenciales que no pueden recibir mediante ningún otro medio. 3) Niños que requieren fórmulas médicas debido a factores atenuantes del crecimiento y desarrollo. La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos debe incluir productos alimenticios sólidos modificados que tengan un bajo contenido de proteínas o que contengan proteínas modificadas.
Dispositivos protésicos	Calzado ortopédico, protésico y ortésico cubierto por Medicare y Medicaid.

Beneficios de Medicaid	
Control de la diabetes	Capacitación y suministros para el autocontrol y manejo de la diabetes, incluida la cobertura para glucómetros, tiras reactivas y lancetas. Los suministros para la diabetes, como almohadillas de gasa de 2x2, almohadillas/hisopos para alcohol, jeringas y agujas para insulina, están cubiertos por la Parte D.
Exámenes de diagnóstico	Exámenes de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y radioterapia.
Medición de la masa ósea	Medición de la masa ósea para personas en riesgo.
Pruebas de detección de cáncer colorrectal	Pruebas de detección de cáncer colorrectal para personas de 50 años o más.
Inmunizaciones	Vacunas contra la influenza (gripe) y la enfermedad neumocócica, y vacuna contra la hepatitis B para personas en entornos de alto riesgo.

Beneficios de Medicaid	
Mamografías	Pruebas anuales de detección para personas de 40 años o más. No se necesita remisión.
Prueba de Papanicolaou y exámenes pélvicos	Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
Pruebas de detección de cáncer de próstata	Pruebas de detección de cáncer de próstata para hombres de 50 años y más.
Medicamentos para pacientes externos	Todos los medicamentos con receta y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare recetados por un proveedor y administrados en el consultorio de un médico o en una clínica que están cubiertos por Medicaid. (No incluye medicamentos de la Parte D).

Beneficios de Medicaid	
Servicios auditivos	Servicios y productos médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición cubiertos por Medicare y Medicaid. Los servicios incluyen la selección, colocación y entrega de audífonos; las verificaciones de los audífonos después de la entrega, las evaluaciones de ajuste y las reparaciones de los audífonos; servicios de audiología, incluso exámenes y pruebas, evaluaciones y recetas de audífonos; y productos de ayuda para la audición, incluidos audífonos, moldes auriculares, accesorios especiales y piezas de repuesto.

Beneficios de Medicaid	
Servicios de atención de la vista	Servicios de optometristas, oftalmólogos y ópticas que incluyen anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (común y corrientes o hechos a la medida), dispositivos de ayuda para visión escasa y servicios para la visión escasa. La cobertura también incluye la reparación o sustitución de piezas. La cobertura también incluye exámenes para el diagnóstico y tratamiento de defectos visuales o enfermedades oculares. Los exámenes de refracción se limitan a uno cada dos (2) años, a menos que se justifique lo contrario por ser médicamente necesario. No es necesario cambiar los anteojos con mayor frecuencia que cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o en caso de pérdida, daño o destrucción de los anteojos.

Beneficios de Medicaid	
Un examen físico de rutina por año	Hasta un examen físico de rutina por año.
Atención de enfermería privada	Servicios de atención de enfermería privada médicamente necesarios de acuerdo con el plan de tratamiento por escrito del médico que indica los servicios, el auxiliar médico titulado o el enfermero practicante diplomado.
Servicios dentales	Servicios dentales cubiertos por Medicaid que incluyen atención dental preventiva, profiláctica y de rutina de otro tipo, servicios y suministros, y prótesis dentales para aliviar una afección de salud grave. Los servicios de cirugía dental para pacientes internados o ambulatorios están sujetos a autorización previa.

Beneficios de Medicaid	
Servicios dentales preventivos	No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios dentales preventivos y de diagnóstico cubiertos por Medicaid: • Exámenes bucales • Profilaxis (limpiezas) • Radiografías dentales
Servicios de atención personal	Incluye asistencia médicamente necesaria con actividades de la vida diaria (ADL), actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) y tareas relacionadas con la salud, a través de asistencia, supervisión o instrucciones.
Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS)	Un programa que le permite dirigir sus servicios de atención personal y su prestación por parte de un familiar, amigo, vecino o cuidador designado.

Beneficios de Medicaid	
Nutrición	Evaluación del estado nutricional o las necesidades nutricionales, elaboración y evaluación de planes de tratamiento, educación sobre la alimentación, educación en el lugar de trabajo, incluidos aspectos culturales.
Servicios médicos y sociales	Evaluación, coordinación y prestación de ayuda para problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un paciente en el hogar.
Apoyos sociales y ambientales	Servicios y artículos para dar apoyo a la necesidad médica del miembro. Puede incluir tareas de mantenimiento del hogar, servicios de empleada/tareas domésticas y cuidado de relevo.

Beneficios de Medicaid	
Entrega de comidas a domicilio y comidas en lugares de congregación	Comidas entregadas en el hogar o servidas en un lugar de congregación (p. ej., un centro para personas de edad avanzada) a personas que no pueden prepararse las comidas o hacer que se las preparen.
Atención médica diurna para adultos	Incluye servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de ocio, servicios dentales y farmacéuticos, y otros servicios auxiliares. Servicios prestados en un centro de atención médica residencial (RHCF) o centro de extensión aprobado.
Atención diurna social	Programa integral estructurado que ofrece socialización, supervisión, monitoreo, atención personal y nutrición en un entorno protegido.

Beneficios de Medicaid	
Servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS)	Dispositivo electrónico que permite que personas obtengan ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental.
Beneficio de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare aprobado por los CMS	El inscrito es responsable de los copagos.
Puede haber otros servicios disponibles para usted a los que puede acceder a través de Medicaid Fee for Service.	

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP)

Los siguientes servicios no están cubiertos por Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP), pero están disponibles a través de Medicaid:

Hay algunos servicios de Medicaid que Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) no cubre. Puede acceder a estos servicios a través de cualquier proveedor que acepte Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid. Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (TTY 711) si tiene alguna pregunta acerca de si un beneficio está cubierto por Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) o por Medicaid. Algunos de los servicios cubiertos por Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid son los siguientes:

Servicios cubiertos por Medicaid Fee for Service

- Servicios de planificación familiar fuera de la red según las disposiciones de acceso directo.
- Beneficios de farmacia de Medicaid permitidos por la ley estatal (categorías de medicamentos seleccionados que se excluyen del beneficio de la Parte D de Medicare).
- Servicios de rehabilitación brindados a miembros de residencias comunitarias (CR) con licencia de la OMH y programas de tratamiento basados en la familia.

- Servicios de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo.
- Administración integral de casos de Medicaid.
- Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad.
- Terapia de observación directa para la tuberculosis.
- Programa de vivienda asistida.
- Transporte médico que no es de emergencia.

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan

En esta sección, se describen los servicios que se excluyen de Medicare.

La tabla a continuación describe los servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan en ninguna situación o están cubiertos solo en situaciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en los casos específicos que figuran a continuación. Aun si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, estos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y, tras la apelación, se decide que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; es decir, el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.	Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) puede cubrirlo como un beneficio de Medicaid cuando sea médicamente necesario.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Medicamentos, procedimientos y equipos médicos y quirúrgicos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que no son aceptados, generalmente, por la comunidad médica.	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada	Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) puede cubrirlo como un beneficio de Medicaid.
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) puede cubrirlo como un beneficio de Medicaid.
Entrega de comidas a domicilio	Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) puede cubrirlo como un beneficio de Medicaid.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Los servicios de empleada doméstica incluyen asistencia básica del hogar, como servicio doméstico o preparación de comidas livianas	Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) puede cubrirlo como un beneficio de Medicaid.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y que están incluidos en el costo del soporte de pierna. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético. Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) puede cubrirlo como un beneficio de Medicaid.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna situación.
Habitación privada en un hospital	Solo se cubre si es médicamente necesario.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros contraceptivos sin receta	No cubiertos en ninguna situación.
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Un par de anteojos con marcos estándar (o un conjunto de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas en la que se implante una lente intraocular.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación.

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

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

Debido a que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos para la Ayuda adicional de Medicare (y la está recibiendo) para cubrir los costos del plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de Ayuda adicional, **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D en esta** *Evidencia de cobertura* **que no aplique para usted.** Le enviamos un documento aparte que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS *(Low-Income Subsidy Rider o LIS Rider)*, en el que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están impresos en la portada de este documento).

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

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por los beneficios de Medicaid.

Para obtener más información sobre el Programa de farmacias de Medicaid del estado de New York, visite https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm.

Los residentes de la ciudad de New York pueden llamar al programa New York State Medicaid de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m., al 1-800-541-2831.

Generalmente, nuestro plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando usted cumpla con estas normas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba una receta que sea válida según la ley estatal aplicable.

- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta (consulte la Sección 2), o *puede obtener su medicamento con receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan).*
- El medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- El medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Si desea obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

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

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proveer sus medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos de la Parte D que se encuentran en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias,* visite nuestro sitio web (www.elderplan.org) o Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa abandona la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia dentro la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda a través de Servicios para los Miembros llamando al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o use el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.elderplan.org.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar. Consulte el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar en su área un proveedor de farmacia de aplicación de infusiones en el hogar. Para obtener más información, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, los centros de LTC (por ejemplo, un hogar de personas mayores) tienen su propia farmacia. Si tiene dificultad para obtener los medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Tribal/Urbana (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos estadounidenses o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la FDA para ciertos lugares o que demandan un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores y farmacias* en www.elderplan.org o Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 2.2 El servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una condición médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados con “NM” en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro para 90 días como máximo**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, visite www.elderplan.org o comuníquese con Servicios para los Miembros. Si acude a una farmacia de pedidos por correo que no pertenece a la red del plan, su medicamento con receta no estará cubierto.

Por lo general, el pedido a la farmacia de pedidos por correo se le enviará en 5 a 7 días como máximo. Sin embargo, a veces puede haber demoras. Si su proveedor le indica que comience a tomar el medicamento, puede obtener otra receta de su proveedor y adquirir un suministro para 30 días en una farmacia local. Usted deberá pagar el costo compartido que se aplique o el costo compartido tanto para el medicamento con receta que obtenga en la farmacia de pedidos por correo como para el suministro del medicamento con receta para 30 días que obtenga en la farmacia local. Comuníquese con Servicios para los Miembros para actualizar su información de contacto de manera que la farmacia pueda contactarlo para confirmar su pedido antes de enviarlo.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y le entregará, de manera automática, medicamentos con receta nuevos que reciba de proveedores de atención médica, sin verificarlo primero, si ocurre lo siguiente:

- Usted usó servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Usted se inscribe para la entrega automática de todos los medicamentos con receta nuevos recibidos directamente de proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todos los nuevos medicamentos con receta en cualquier momento iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando a CVS/Caremark al 1-866-490-2102, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si recibe un medicamento con receta que no quiere automáticamente por correo, y no se le contactó para determinar si lo quería antes de enviarlo, es posible que sea elegible para un reembolso.

Si usó el pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, póngase en contacto con nosotros iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando a CVS/Caremark al 1-866-490-2102, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si nunca utilizó nuestro envío de pedidos por correo o decide interrumpir los surtidos automático de medicamentos con receta nuevos, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para consultarle si desea obtener el medicamento y enviárselo inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si debe enviar, retrasar o cancelar el nuevo medicamento con receta.

Para cancelar los envíos automáticos de medicamentos con receta nuevos recibidos directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, póngase en contacto con nosotros iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando a CVS/Caremark al 1-866-490-2102, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Si opta por no usar nuestro programa de resurtido automático, pero quiere que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 29 días antes de que se acabe su medicamento actual. De esta forma, nos aseguramos de que su pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar su inscripción al Programa de resurtido automático que automáticamente prepara resurtidos para envío por correo, póngase en contacto con nosotros iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando a CVS/Caremark al 1-866-490-2102, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, el costo compartido puede ser menor. Nuestro plan cuenta con 2 formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una condición médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.elderplan.org, se detallan las farmacias de nuestra red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Cómo utilizar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para los Miembros llamando al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos con receta obtenidos en una farmacia fuera de la red solo en las siguientes circunstancias:

- Medicamentos con receta que obtiene como consecuencia de una emergencia médica.
- Cubriremos los medicamentos con receta que se obtengan en una farmacia fuera de la red si estos se relacionan con la atención de una emergencia o urgencia médica. En ese caso, cuando obtenga los medicamentos con receta, deberá pagar el costo total (en lugar de abonar su copago/coseguro solamente) al surtir la receta. Puede enviarnos una solicitud de pago. Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el medicamento. Esto se denomina tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que debemos brindar la cobertura, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) se incluye información sobre cómo presentar una apelación.
- Cómo acceder a la cobertura cuando se encuentra de viaje o lejos del área de servicio del plan:

Si toma un medicamento con receta de forma regular y está de viaje, asegúrese de comprobar el suministro del medicamento antes de salir. Siempre que sea posible, lleve todos los medicamentos que necesitará con usted. Es posible que pueda pedir los medicamentos con receta con anticipación a través de una farmacia de la red o a través de una farmacia minorista de la red que proporcione suministros extendidos. Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero estará fuera del área de servicio del plan, y se enferma, pierde los medicamentos con receta o se le acaban, cubriremos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red si usted cumple con todas las demás normas de cobertura detalladas en este documento y no hay disponible una farmacia dentro de la red. En estos casos, primero consulte con Servicios para los Miembros para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

También cubriremos los medicamentos con receta adquiridos en una farmacia fuera de la red si se presenta al menos alguna de las siguientes situaciones:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.

- Si trata de obtener un medicamento con receta cubierto en forma oportuna y este medicamento cubierto en particular (por ejemplo, un medicamento huérfano u otro de una especialidad farmacéutica que suele enviar directamente el fabricante o proveedor especial) no está en el inventario habitual de las farmacias accesibles de la red o que brindan el servicio de pedido por correo.

  En estos casos, **primero consulte con Servicios para los Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están impresos en la portada de este documento). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total del medicamento con receta en el momento en que lo obtenga. Puede pedirnos un reembolso. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan). Es posible que usted deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

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

Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos solo incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos en virtud de los beneficios de Medicaid.

Para obtener más información sobre el Programa de farmacias de New York State Medicaid, visite https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm.

Los residentes de la ciudad de New York pueden llamar al programa New York State Medicaid de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m., al 1-800-541-2831.

Por lo general, cubrimos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo, y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que *cumple con una de las siguientes condiciones*:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la cual se le receta o
- Está respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) no incluye los medicamentos cubiertos por Medicaid en nuestra Lista de medicamentos. New York State Medicaid continúa proporcionando cobertura para determinados medicamentos del beneficio de la Parte D de Medicare, como algunas vitaminas con receta y algunos medicamentos sin receta.

Para obtener más información sobre el Programa de farmacias de New York State Medicaid, visite https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm.

Las personas que residen en la ciudad de New York pueden ponerse en contacto con la Administración de Recursos Humanos de la ciudad de New York llamando al 1-888-692-6116 para obtener información más actualizada y precisa sobre los beneficios.

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

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

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

- Revise la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos de manera electrónica. (La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos más comúnmente utilizados por nuestros miembros. Cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si algún medicamento no está incluido en la lista, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 [los usuarios de TTY deben llamar al 711] para averiguar si lo cubrimos).
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.elderplan.org). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.

- Use la "Herramienta de beneficios en tiempo real" (www.caremark.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y obtener un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones respecto de la cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

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

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

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la dosis, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg, uno por día frente a dos por día, comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que quitemos la restricción, debe hacerlo mediante el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos o no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Este proceso existe para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web www.elderplan.org.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos que, generalmente, son igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento a y el medicamento B tratan la misma condición médica, y el medicamento a cuesta menos, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento a primero. Si el medicamento a no le da ningún resultado, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios de tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitando nuestro sitio web www.elderplan.org.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted querría

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que toma, o que usted y su proveedor piensan que debe tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, existen opciones para lo que puede hacer:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.

- Puede cambiarlo por otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir a nuestro plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

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

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

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.

- Este suministro temporal será para un suministro máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días** y **residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es además del suministro temporal mencionado anteriormente.
- Si usted ingresa en un centro de atención a largo plazo (LTC) y provenía de un entorno (hogar) como paciente externo, de un hospital o de otro centro de LTC, cubriremos un suministro de transición temporal para 31 días (a menos que tenga una receta para menos días) para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en nuestro formulario o que tengan restricciones o límites de cobertura.

- Si deja el centro de LTC o el hospital y regresa a su entorno (hogar) como paciente externo, cubriremos un suministro temporal para 30 días (a menos que tenga una receta para menos días) después del alta, para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en nuestro formulario o que tengan restricciones o límites de cobertura. Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a aquellos medicamentos que se incluyen como "medicamentos de la Parte D" y que se surten en una farmacia de la red.

  Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a aquellos medicamentos que se incluyen como "medicamentos de la Parte D" y que se surten en una farmacia de la red.

Si tiene alguna pregunta sobre los suministros temporales, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Durante el tiempo que use un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor acerca de si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que puede funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la forma que le gustaría que estuviera 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. Por ejemplo, puede solicitar a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. o bien, puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción y que cubra el medicamento sin restricciones.

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos sucede al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría realizar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos**.
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento**.

- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Información sobre cambios en la cobertura para medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información sobre esos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea de manera regular. a veces, recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en un medicamento que toma.

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios <u>inmediatamente</u> a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Podemos quitar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, pasarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar restricciones nuevas, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará con las mismas o menos restricciones.
    - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Es posible que hagamos estos cambios de inmediato y le informemos más adelante, incluso si toma el medicamento que quitamos o en el que hagamos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que realicemos.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
    - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos quitar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, pasarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar restricciones nuevas, o ambos. La versión del medicamento que agregamos será con las mismas o menos restricciones.
    - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
    - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o puede ser retirado del mercado por algún otro motivo. Si esto sucede, podemos quitar el medicamento de la Lista de medicamentos de inmediato. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de hacer el cambio.
- **Hacer otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
    - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, nos basamos en advertencias en caja de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos el medicamento que toma para 30 días adicionales.

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

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

Es posible que hagamos ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará en su caso si usted toma el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Imponemos una nueva restricción para el uso de su medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si tiene lugar alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (excepto por el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplace a un medicamento de marca, u otro cambio que se indica en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si apela y el medicamento solicitado se considera que no se excluye de acuerdo con la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento está excluido, usted debe pagarlo.

A continuación, se mencionan 3 normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán a través de la Parte D:

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

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que figuran a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar incluidos en su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Para obtener más información sobre el Programa de Farmacias de New York State Medicaid, visite https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm.

Los residentes de la ciudad de New York pueden llamar al programa New York State Medicaid de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m., al 1-800-541-2831.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar la tos o los síntomas del resfrío.
- Medicamentos utilizados para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para tratar la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para tratar la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante exige como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren únicamente al fabricante.

Si recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, la Ayuda adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Para obtener un medicamento con receta, proporcione su información de membresía de nuestro plan (que puede encontrar en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red automáticamente facturará a nuestro plan por su medicamento. Usted le deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire el medicamento con receta.

Si no tiene la información de membresía de nuestro plan con usted, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedir que la farmacia busque su información de inscripción en nuestro plan.

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

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

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

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

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

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

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.elderplan.org para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza sea parte de nuestra red. Si no es así, o necesita más información o ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

Sección 9.3 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere determinados medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por el hospicio porque no están relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona autorizada a dar recetas o el proveedor del hospicio que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras a la hora de obtener estos medicamentos que debería cubrir nuestro plan, solicite a su proveedor del hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que le brinden una notificación antes de que se surta su medicamento con receta.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre el uso de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros en forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como los siguientes:

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

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

Sección 10.1 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de manejo de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varias farmacias o personas autorizadas a dar recetas, o si tuvo una sobredosis de opioides hace poco, es posible que hablemos con las personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los opioides sea adecuado y médicamente necesario. Si, al trabajar con las personas autorizadas a dar recetas, decidimos que su uso de opioides o benzodiazepinas con receta puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas de determinadas farmacias.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas de determinadas personas autorizadas a dar recetas.

- Limitar la cantidad de opioides o benzodiazepinas que le cubriremos.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si deberá obtener los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o una farmacia específica. Tendrá la oportunidad de contarnos qué farmacias o personas autorizadas a dar recetas prefiere usar, y cualquier otra información que, en su opinión, sea importante que sepamos. Después de que usted tenga la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o está en desacuerdo con nuestra decisión o la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión nueva. Si continuamos denegando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en nuestro DMP si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia falciforme, o si está recibiendo cuidados de hospicio, paliativos o para el final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros que tienen necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros, para ayudarnos garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que sobrepasan una cantidad específica de costos de medicamentos, o que están en un DMP para ayudarlos a usar los opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud revisarán de forma integral todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que incluye los pasos recomendados que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. Además, recibirá una lista de medicamentos con todos los medicamentos que esté tomando, la cantidad, el momento y el motivo por el cual los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre la lista de pasos recomendados y de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga la lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su n.º de identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en él y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

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

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando usa la "Herramienta de beneficios en tiempo real "de nuestro plan para buscar la cobertura para medicamentos *(www.caremark.com)*, el costo que ve muestra un valor estimativo de los gastos no cubiertos que se espera que usted pague. También puede obtener información proporcionada en la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Debido a que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos para la Ayuda adicional de Medicare (y la está recibiendo) para cubrir los costos del plan de medicamentos con receta. Debido a que tiene Ayuda adicional, **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D en esta** *Evidencia de cobertura* **que no aplique para usted.** Le enviamos un documento aparte que se denomina Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta *(Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs)*, también conocida como Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS *(Low-Income Subsidy Rider o LIS Rider),* en el que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Sección 1.1 Tipos de gastos no cubiertos que posiblemente deba pagar por los medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de gastos no cubiertos por los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

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

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los gastos no cubiertos

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta para los gastos no cubiertos. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de los gastos no cubiertos.

Estos pagos se incluyen en los gastos no cubiertos

Los gastos no cubiertos **incluyen** los pagos que figuran a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

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

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado un total de $2,100 en gastos no cubiertos en el año calendario, pasa de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los gastos no cubiertos

Los gastos no cubiertos **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- La prima mensual de su plan.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no cubre nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte a o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.

- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Asuntos de Veteranos (VA).
- Pagos por sus medicamentos que realiza un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, un seguro de indemnización por accidentes laborales).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuentos del fabricante.

Recordatorio: si cualquier otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de los gastos no cubiertos por sus medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Registro del total de gastos no cubiertos

- La *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el total actual de los gastos no cubiertos. Cuando este monto llegue a $2,100, la *EOB de la Parte D* le dirá que pasó de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Consulte la Sección 3.1 para saber lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP)

Hay **3 etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura de medicamentos conforme a Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP). El monto que usted paga por cada medicamento con receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando surte o resurte una receta. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son las siguientes:

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

SECCIÓN 3 La Explicación de beneficios de la Parte D explica la etapa de pago en la que se encuentra

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que usted hace cuando surte recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos no cubiertos:** esta es el monto que pagó. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, todo pago por sus medicamentos realizados por su familia o amigos y todo pago realizado para sus medicamentos por Ayuda adicional de Medicare, empleador o planes de salud de un sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de los medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

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

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto ayuda a asegurarnos de que sabemos acerca de los medicamentos con receta que obtiene y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los gastos no cubiertos. Para ayudarnos a mantener un registro de los gastos no cubiertos, debe darnos copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de los medicamentos:**
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.

  - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
  - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
  - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros realicen por usted.** Los pagos efectuados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta para los gastos no cubiertos. Por ejemplo, para los gastos no cubiertos, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

Debido a que la mayoría de nuestros miembros recibe Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta, la Etapa del deducible no se aplica a la mayoría de ellos.
Si usted recibe Ayuda adicional, esta etapa de pago no se aplica a su caso.

Consulte el documento aparte (Cláusula adicional LIS) para obtener información sobre el monto del deducible.

Si no recibe Ayuda adicional, la Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando obtiene el primer medicamento con receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de los medicamentos** hasta que llegue al monto del deducible del plan, que es de $615 para 2026. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajes. El **costo total** suele ser inferior al precio total normal del medicamento, puesto que el plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los costos de suministro de los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare.

Una vez que pague $615 por los medicamentos, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (el monto de copago o coseguro). La parte que le corresponde del costo variará según el medicamento con receta y el lugar donde lo obtenga.

Sus opciones de farmacia

El monto que paga por un medicamento depende del lugar donde lo obtenga:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.
- Una farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan en www.elderplan.org.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto

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

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

Nivel	Costo compartido en farmacia minorista estándar dentro de la red (suministro para 30 días como máximo)Ω	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para 31 días como máximo)Ω	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para 30 días como máximo)Ω
Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos)	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: un copago de $0, de $1.60 o de $5.10, o hasta el 25% del costo.	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: un copago de $0, de $1.60 o de $5.10, o hasta el 25% del costo.	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: un copago de $0, de $1.60 o de $5.10, o hasta el 25% del costo.

Nivel	Costo compartido en farmacia minorista estándar dentro de la red (suministro para 30 días como máximo)Ω	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para 31 días como máximo)Ω	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para 30 días como máximo)Ω
Para todos los demás medicamentos	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: un copago de $0, de $4.90 o de $12.65, o hasta el 25% del costo.	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: un copago de $0, de $4.90 o de $12.65, o hasta el 25% del costo.	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: un copago de $0, de $4.90 o de $12.65, o hasta el 25% del costo.

Nivel	Costo compartido en farmacia minorista estándar dentro de la red (suministro para 30 días como máximo)Ω	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para 31 días como máximo)Ω	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para 30 días como máximo)Ω

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

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

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre un suministro para un mes completo. Es posible que, en ocasiones, usted o su médico deseen que usted tenga un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recetará, y a su farmacéutico que le resurte, para menos de un mes completo, si esto lo ayudará a resurtir mejor las fechas de resurtido del plan.

Si recibe un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo, no deberá pagar el suministro para un mes completo.

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Debido a que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor debido a que el costo total del medicamento será menor.

- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el "costo compartido diario") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días como máximo) *†Ω	Costo compartido de servicio de pedidos por correo (suministro para 90 días como máximo) *†Ω
Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos)	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: Copago de $0 o Copago de $1.60 o Copago de $5.10 o El 25% del costo.	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: Copago de $0 o Copago de $1.60 o Copago de $5.10 o El 25% del costo.
Para todos los demás medicamentos	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: Copago de $0 o Copago de $4.90 o Copago de $12.65 o El 25% del costo.	Según su "Ayuda adicional" Usted paga: Copago de $0 o Copago de $4.90 o Copago de $12.65 o El 25% del costo.

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días como máximo) *†Ω	Costo compartido de servicio de pedidos por correo (suministro para 90 días como máximo) *†Ω
* También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.		
† NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.		
Ω – Usted no pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido para los medicamentos de la Parte B y D, incluso si no ha pagado el deducible.		

No pagará más de $70 por un suministro de hasta dos meses o $105 *por* un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no pagó el deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos anuales de gastos no cubiertos alcancen $2,100

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de gastos no cubiertos alcancen los $2,100. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *EOB de la Parte D* que recibe lo ayudará a llevar un registro de cuánto gastó, nuestro plan y cualquier tercero que haya gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de $2,100 de gastos no cubiertos durante un año.

Le informaremos cuando llegue a este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $2,100 para el año calendario. Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanece en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

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

SECCIÓN 7 Lo que le corresponde pagar por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la "Lista de medicamentos" de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted incluso si no ha pagado el deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D comprende 2 partes:

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

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

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización denominada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no tienen costo para usted.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede ser suministrada por una farmacia o provista por el consultorio del médico.
3. **Quién le administrará la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrarle la vacuna en la farmacia. o bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **Etapa de pago de medicamentos** en la que esté.

- Cuando recibe una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor para administrarla. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, usted paga solo su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación, se mencionan tres ejemplos de formas en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se obtiene en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga el coseguro o el copago a la farmacia por la vacuna en sí. Este pago incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan paga el resto de los costos.

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

- Cuando usted recibe la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para que la administre.
- Entonces, podrá pedirle al plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos el coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos la diferencia).

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

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

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

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente a nuestro plan los servicios y medicamentos cubiertos. Usted no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, envíenos la factura para que podamos realizar el reembolso. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios y medicamentos. Si decidimos que debemos cubrir los servicios, le pagaremos al proveedor directamente.

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina **reembolso**). Es su derecho que nuestro plan lo reembolse cada vez que usted haya pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Es posible que deba cumplir con los plazos para obtener el reembolso. Vaya a la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que debemos cubrir los servicios, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

También habrá veces en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte del costo compartido. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que debemos cubrir los servicios, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, le notificaremos al proveedor. No debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, aún tiene derecho a tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

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

- Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor forme parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que le facture a nuestro plan.
- Si usted paga el monto total al momento de recibir la atención, debe solicitarnos el reembolso. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
    - Si se le adeuda dinero al proveedor, nosotros le pagaremos al proveedor directamente.
    - Si ya pagó por el servicio, le reembolsaremos el monto.

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

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

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Solicite que le reembolsemos los servicios cubiertos.

3. Si se lo inscribe retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. La fecha de la inscripción puede incluso ser del año anterior).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó costos no cubiertos por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que reembolsemos la parte que nos corresponde. Debe enviarnos documentación, como recibos y facturas, para que gestionemos el reembolso.

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

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

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Para conocer sobre estas circunstancias, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado para el medicamento con receta.

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

Es posible que usted pague el costo total de la receta porque se da cuenta de que, por algún motivo, el medicamento no está cubierto.

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

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe ser cubierto, le pagaremos por el servicio o el medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede pedirnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Es buena idea que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 365 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar el pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.elderplan.org) o llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario.

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

Reclamaciones médicas (para servicios o artículos)

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

Elderplan, Inc.
Claims Department
P.O. Box 73111
Newnan, GA 30271

Reclamaciones de medicamentos con receta de la Parte D

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 3 años a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

Envíe su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:
CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing
P.O. Box 52066
Phoenix, Phoenix 85072-2066

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos el servicio. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la atención ni el medicamento. Le enviaremos una carta en la que se le explicarán las razones por las que no le estamos enviando el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y congruente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos al inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural y orígenes étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está en letra grande y está disponible de forma gratuita en español y chino. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Siempre puede visitar nuestro sitio web en www.elderplan.org para ver los materiales de su plan. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para miembros al 1-877-891-6447, TTY 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

Se requiere que nuestro plan brinde a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red.

Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red. Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, presente una queja a Servicios para Miembros de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) llamando al 1-877-891-6447, TTY 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Usted también puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan may meet these accessibility requirements include, but aren’t limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. This document is in large print and available for free in Spanish and Chinese. We can also give you materials in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-877-891-6447 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) by calling Member Services at 1-877-891-6447, TTY 711, 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

您的計劃必須確保所有服務（包括臨床和非臨床服務）都以符合文化要求的方式提供，並且所有參與者都可以使用，包括英語水平有限、閱讀能力有限、聽力障礙或具有不同文化背景和種族背景的參與者。計劃如何滿足這些無障礙要求的示例包括但不限於提供筆譯服務、口譯服務、電傳打字機或TTY（文本電話或電傳打字機電話）連接。

我們的計劃提供免費口譯服務，可以回答非英語會員的問題。為了您的方便，本文檔以大字體印刷，並以西班牙語和中文免費提供。如果您需要，我們還可以免費為您提供盲文,大字體信息或其他格式。您可以隨時訪問我們的網站 www.elderplan.org 查看您的計劃材料。我們需要以適合您的可獲取格式向您提供有關計劃福利的信息。要以適合您的方式從我們這裡獲取信息，請致電會員服務部。

我們的計劃需要讓女性參保者可以選擇直接訪問網絡內的女性健康專家，以獲得女性常規和預防性醫療保健服務。

如果計劃網絡中的專業提供者不可用，則計劃有責任找到網絡之外的專業提供者，他們將為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需支付網絡內費用分攤。如果您發現自己處於計劃網絡中沒有涵蓋您需要的服務的專家的情況下，請致電計劃以獲取有關在網絡內分攤費用的情況下獲取該服務的信息。

如果您在以適合您的格式從我們的計劃中獲取信息時遇到任何問題，請致電會員服務部 1-877-891-6447，TTY 711， 服務時間：每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點， 向 Elderplan 長老計劃/加長期護理計劃 (HMO-POS D-SNP) 提出申訴。您也可 以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向Medicare 聯邦 醫療保險提出投訴或直接致電民權辦公 室 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697 。

我們的計劃需要讓女性參保者可以選擇直接訪問網絡內的女性健康專家，以獲得女性常規和預防性醫療保健服務。

如果計劃網絡中的專業提供者不可用，則計劃有責任找到網絡之外的專業提供者，他們將為您提供必要的護理。在這種情況下，您只需支付網絡內費用分攤。如果您發現自己處於計劃網絡中沒有涵蓋您需要的服務的專家的情況下，請致電計劃以獲取有關在網絡內分攤費用的情況下獲取該服務的信息。

如果您在以適合您的格式從我們的計劃中獲取信息時遇到任何問題，請致電會員服務部 1-877-891-6447，TTY 711， 服務時間：每週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點， 向 Elderplan Plus Long Term Care (HMO-POS D-SNP) 提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向Medicare聯邦醫療保險提出投訴或直接致電民權辦公 室 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697 。

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan para que le brinde y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión. No exigimos que obtenga una remisión para poder visitar a los proveedores de la red.

Usted tiene derecho a programar las citas con los proveedores de la red de nuestro plan y a recibir los servicios cubiertos que le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a que sus recetas sean surtidas o vueltas a surtir en cualquier farmacia de nuestra red sin sufrir largas demoras.

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

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo por las circunstancias que se señalan a continuación, si le brindamos su información de salud a otra persona que no le brinda atención médica o paga por su atención, *estamos obligados a pedirle su autorización por escrito o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones por usted primero.*

- Hay ciertas excepciones que no nos exigen que obtengamos su autorización escrita primero. Estas excepciones están permitidas o son estipuladas por ley.
    - Debemos divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que verifiquen la calidad de la atención.
    - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; normalmente, esto requiere que la información que identifica de manera única que usted no es compartido.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Aviso sobre prácticas de privacidad de Elderplan, Inc.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 9/1/2020

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA y DIVULGADA, y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO a ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Este aviso resume las prácticas de privacidad de Elderplan Inc. (el "Plan"), su fuerza laboral, el personal médico y otros profesionales de la salud. Es posible que compartamos su información protegida de salud ("PHI" o "Información de salud") entre nosotros para los fines descritos en este aviso, incluidas las actividades administrativas del Plan.

El Plan se compromete a proteger la privacidad de la PHI de nuestros miembros. La PHI es información que: (1) lo identifica (o puede ser utilizada de manera razonable para identificarlo), y (2) que está relacionada con su afección o estado de salud física o mental, la prestación o el pago de su atención médica.

NUESTRAS OBLIGACIONES

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso, y otorgarle una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la descrita en este documento, a menos que usted lo autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Infórmenos por escrito si esto sucede.

CÓMO PODEMOS USAR y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

A continuación, las categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud. No se enumeran todas las formas de uso o divulgación autorizadas de una categoría, pero las categorías proporcionan ejemplos de usos y las divulgaciones permitidas por ley.

Pago. Podemos usar y divulgar información de salud, procesar y pagar las reclamaciones presentadas a nosotros por usted o por médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica por los servicios proporcionados a usted. Por ejemplo, otros pagos pueden incluir el uso de la información de salud para determinar la elegibilidad para beneficios, la coordinación de beneficios, el cobro de primas y la necesidad médica. También podemos compartir su información con otro plan de salud que le proporcione o le haya proporcionado cobertura a usted para pagos o para detectar o prevenir fraude y abuso de la atención médica.

Actividades de atención médica. Podemos usar y divulgar la información de salud para las actividades de atención médica que son las actividades administrativas que participan en las operaciones del Plan. Por ejemplo, podemos usar la información de salud para operar y manejar nuestras actividades comerciales relacionadas con proporcionar y administrar su cobertura de atención médica o resolver reclamos.

Tratamiento. Podemos divulgar su información de salud con su proveedor de atención médica (farmacias, médicos, hospitales, etc.) para que el proveedor pueda brindarle atención. Por ejemplo, si usted está en el hospital, podemos divulgar la información que su médico nos haya enviado.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar información de salud para ponernos en contacto con usted con el fin de recordarle que tiene una cita/consulta con nosotros o su proveedor de atención médica. También podemos usar y divulgar información de salud para contarle sobre nuestras opciones de tratamientos, alternativas, beneficios relacionados con la salud o servicios que puedan interesarle.

Al proporcionarnos cierta información, usted acepta expresamente que el Plan y sus socios comerciales pueden usar cierta información (como su número de teléfono particular/laboral/de celular y su correo electrónico) para contactarlo sobre distintos asuntos, como citas de seguimiento, cobro de montos adeudados y otras cuestiones operativas. Usted acepta que puede ser contactado a través de la información que nos proporcionó y por mensajes pregrabados/con voz artificial y uso de un sistema de marcado automático/predictivo.

Personas que participan de su atención médica o el pago de su atención médica. Podemos divulgar información de salud a una persona, como un miembro de la familia o un amigo, que participe de su atención médica o que ayude con el pago de esta. También podemos notificarles a esas personas sobre su ubicación o condición general, o divulgar dicha información a una entidad que se encuentre ayudando en caso de desastre. En estos casos, solo compartiremos la información de salud que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica o en el pago relacionado con su atención médica.

Representantes personales. Podemos divulgar su información de salud a su representante personal, si lo hubiese. Un representante personal posee autoridad legal para actuar en su nombre en la toma de decisiones relacionadas con su atención médica o el pago de esta. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a una persona con un poder de representación duradero o a un tutor legal.

Investigación. En determinadas circunstancias, como organización que realiza investigaciones, podemos usar y divulgar la información de salud con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede incluir comparar la salud y recuperación de todos los miembros que recibieron un medicamento o tratamiento con aquellos que recibieron otro para la misma afección. Antes de usar o divulgar la información de salud para investigación, el proyecto pasará por un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información de salud para equilibrar los beneficios de la investigación con la necesidad de privacidad de la información de salud. También podemos permitir que los investigadores consulten registros para ayudarlos a identificar a los miembros que pueden estar incluidos en su proyecto de investigación o para otros fines similares.

Actividades de recaudación de fondos. Podemos usar o divulgar su información demográfica (por ejemplo, nombre, dirección, números de teléfono y otra información de contacto), las fechas en las que se le brindó atención médica, el estado de su atención médica, el departamento y los médicos que le proporcionaron los servicios, y la información de los resultados del tratamiento para contactarlo en un esfuerzo para recaudar fondos para apoyar al Plan y otras entidades sin fines de lucro con las que estemos realizando un proyecto conjunto de recaudación de fondos. También podemos divulgar su información de salud a una fundación relacionada o a nuestros socios comerciales para que lo puedan contactar con el fin de recaudar fondos para nosotros. Si realmente usamos o divulgamos su información de salud para fines de recaudación de fondos, usted será informado sobre sus derechos para que lo saquen de la lista para no recibir más comunicaciones de recaudación de fondos.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES

Además de lo mencionado anteriormente, podemos usar y divulgar información de salud en las siguientes circunstancias especiales. Debemos cumplir con muchas condiciones requeridas por la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html**.**

Según lo exija la ley. Divulgaremos su información de salud cuando así lo exija la ley internacional, federal, estatal o local.

Para impedir una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar información de salud cuando sea necesario para evitar o disminuir una amenaza grave a su salud o seguridad, o la salud y seguridad pública o de otra persona. Sin embargo, toda divulgación se hará a una persona que creamos que pueda ayudar a evitar la amenaza.

Socios comerciales. Podemos divulgar información de salud a los socios comerciales a los que nos unimos para proporcionar servicios en nuestro nombre si se necesita la información para tales servicios. Por ejemplo, podemos usar otra empresa para que preste los servicios de facturación en nuestro nombre. Nuestros socios comerciales están obligados, por contrato con nosotros, a proteger la privacidad de su información y no tienen permitido usar o divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato con ellos.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información de salud a las organizaciones que administran la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órganos y tejidos.

Militares y veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información de salud según lo exijan las autoridades de mando militar. También podemos divulgar información de salud a la autoridad militar extranjera correspondiente si usted es un miembro de un ejército extranjero.

Compensación laboral. Podemos divulgar información de salud que se autorice y en la medida en que sea necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización por accidentes laborales u otros programas similares establecidos por ley. Estos programas brindan beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

Riesgos relacionados con la salud pública. Podemos divulgar información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad; informar nacimientos o muertes; informar abuso o abandono de menores; informar reacciones a medicamentos o problemas con los productos; notificar a las personas sobre el retiro de productos del mercado que puedan estar utilizando; rastrear ciertos productos y controlar su uso y efectividad y si está autorizado por ley; notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o afección; y realizar tareas de supervisión médica de nuestros centros médicos en ciertas circunstancias limitadas con respecto a enfermedades o lesiones en el lugar de trabajo. También podemos divulgar información de salud a una autoridad gubernamental si creemos que un miembro ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica; sin embargo, solo divulgaremos esta información si el miembro está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y certificación profesional de nuestros centros médicos y proveedores. El gobierno necesita estas actividades para controlar el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de leyes de derechos civiles.

Demandas y acciones legales. También podemos divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal que realiza otra persona involucrada en la acción legal, pero solo si se realizaron los esfuerzos necesarios para notificarle a usted acerca de este pedido o para obtener una orden de protección para la información solicitada.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar información de salud si lo solicitara un oficial del cumplimiento de la ley de la siguiente manera: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, notificación o proceso similar; (2) información limitada para identificar o ubicar a una persona sospechosa, fugitiva, testigo importante o persona desaparecida; (3) acerca de una víctima de un crimen, si en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona; (4) acerca de una muerte que consideramos que ocurrió debido a una conducta criminal; (5) acerca de evidencia de conducta criminal en nuestras instalaciones; y (6) en circunstancias de emergencia para informar un crimen, la ubicación del crimen o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información de salud a médicos forenses o examinadores médicos. En algunas circunstancias, esto puede ser necesario, por ejemplo, para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar información de salud a directores de funerarias según sea necesario para que puedan realizar sus tareas.

Actividades de seguridad e inteligencia nacional. Podemos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

Servicios de protección del Presidente de los Estados Unidos y otras personas. Podemos divulgar información de salud a funcionarios federales autorizados para que protejan al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para que realicen investigaciones especiales.

Personas presas u otras personas en custodia. En el caso de las personas presas en un instituto correccional o bajo custodia de un oficial del cumplimiento de la ley, podemos divulgar información de salud al instituto correccional o al oficial de cumplimiento de la ley. Esta divulgación se hará solo si fuese necesaria (1) para que el instituto le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas, o (3) para la seguridad del instituto correccional.

Restricciones adicionales en la utilización y divulgación: Algunos tipos de información de salud que incluyen, pero no se limitan a, información relacionada con abuso de alcohol y drogas, tratamiento de problemas de salud mental, genéticos y de información confidencial relacionada con el VIH necesitan autorización previa por escrito para su divulgación y están sujetas a otras protecciones de privacidad especiales según las leyes del estado de New York u otras leyes federales, por lo que es posible que algunas partes de este aviso no apliquen.

En el caso de la información genética, no utilizaremos ni compartiremos su información genética para fines de aseguramiento.

Si la utilización o divulgación de la información de salud descrita anteriormente en este Aviso se encuentra prohibida, o de otro modo restringida por otras leyes que se aplican a nosotros, nuestra política es cumplir con los requisitos de la ley más estricta.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

En situaciones diferentes a las descritas anteriormente, pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información personal. Por ejemplo, obtendremos su autorización:

1) para fines de comercialización que no estén relacionados con su plan de beneficio,
2) antes de divulgar cualquier nota de psicoterapia,
3) en relación con la venta de su información de salud, y
4) por otras razones según lo exija la ley. Por ejemplo, la ley estatal también exige que pidamos su autorización por escrito antes de usar o divulgar información relacionada con el VIH/sida, abuso de sustancias o información de salud mental.

Usted tiene derecho a revocar cualquiera de esas autorizaciones, excepto en circunstancias limitadas, como por ejemplo, si ya hemos procedido de acuerdo con la autorización.

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos, sujetos a ciertas limitaciones, sobre la información de salud que mantenemos sobre usted; todas las solicitudes deben hacerse *POR ESCRITO*:

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información de salud que utilizamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Tiene derecho a solicitar un límite en la información de salud que divulgamos sobre usted a otra persona que participa en su atención médica o en el pago de su atención médica, como un miembro de su familia o amigo. *No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos negarnos en caso de que afecte su atención.* Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con esta salvo que necesitemos usar la información en ciertas situaciones de tratamiento de emergencia.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Si indicó con claridad que la divulgación de la totalidad o parte de su información de salud podría ponerlo en peligro, tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en cierta forma o en cierto lugar distinto de nuestros medios de comunicación usuales. Por ejemplo, puede solicitar que nos contactemos con usted solo por envío de correo postal a una casilla de correo en vez de enviarla a su domicilio, o puede querer recibir llamadas a un número de teléfono alternativo. Su solicitud debe ser por escrito y debe especificar cómo o dónde desea que lo contactemos.

Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene derecho a inspeccionar y a recibir una copia de su información de salud que tenemos en nuestros registros y que utilizamos para tomar decisiones sobre la inscripción, atención o pago de su atención, incluida la información guardada en un registro médico electrónico. Si desea revisar o recibir una copia de estos registros, debe solicitarlo por escrito. Es posible que le cobremos un cargo razonable por el costo de las copias y el envío de los registros. Podemos denegarle el acceso a cierta información. Si le denegamos el acceso a cierta información, le comunicaremos la razón por escrito. También le explicaremos cómo puede apelar la decisión.

Tenga en cuenta que puede haber un cargo por las copias en papel o electrónicas de sus registros.

Derecho a enmendar. Si cree que la información de salud que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda mientras nosotros mantengamos la información. Debe decirnos el motivo de su solicitud.

Podemos denegarle la solicitud de enmendar su registro. Podemos rechazarla si su solicitud no se presenta por escrito o si no incluye un motivo que la respalde. También podemos rechazar su solicitud si nos pide que enmendemos información que:

- nosotros no generamos;
- no sea parte de los registros usados para tomar decisiones sobre usted;

- no sea parte de la información que usted tiene permiso para inspeccionar y copiar; o
- sea correcta y esté completa.

Derecho a un registro de divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar un registro de ciertas divulgaciones de información de salud que realizamos en un período de seis años. El registro solo incluirá divulgaciones que no se hayan realizado para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica, o para "circunstancias especiales" como se indicó en este aviso. Tiene derecho a un registro de divulgaciones sin cargo. Las solicitudes subsiguientes dentro de un período de doce meses pueden estar sujetas a un cargo.

Derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos la entrega de una copia de este aviso en cualquier momento. Aun cuando haya aceptado recibir este aviso de manera electrónica, tiene derecho a obtener una copia impresa. Puede obtener una copia de este aviso en cualquier momento desde el sitio web del Plan: https://elderplan.org/

CÓMO EJERCER SUS DERECHOS

Para ejercer cualquiera de sus derechos descritos en este aviso, además de obtener una copia impresa de este aviso, debe contactarse con el Plan.

ELDERPLAN
ATTENTION: REGULATORY COMPLIANCE
55 WATER STREET, NY 10041
1-800-353-3765
TTY: 711

NOTIFICACIÓN DE VIOLACIÓN

Mantendremos su información de salud de manera reservada y segura según lo exija la ley. En caso de una violación (según lo define la ley) de cualquier información de su salud, le notificaremos dentro de los 60 días posteriores al descubrimiento de la violación, salvo que un organismo de cumplimiento de la ley solicite una demora en la notificación.

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN DE SALUD

El Plan puede participar en varios sistemas de intercambio electrónico de información de salud con otros proveedores de atención médica, redes de intercambio de información médica y planes de salud. Otros proveedores, redes de intercambio de información médica y planes de salud pueden acceder a su información de salud que mantiene el Plan para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, el Plan puede acceder a su información de salud que mantienen otros proveedores, redes de intercambio de información médica y planes de salud para fines de tratamiento, pago u operación de atención médica, pero solamente con su consentimiento.

CAMBIOS EN ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a realizar cambios en este aviso y a hacer que el aviso modificado o revisado entre en vigencia para la información de salud que ya poseemos y para la información que recibamos en el futuro. El nuevo aviso estará disponible a su solicitud, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia. Tendrá la fecha de entrada en vigencia en la primera página, en la esquina superior izquierda.

QUEJAS Y PREGUNTAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros. Para presentar una queja ante nosotros, contáctese con la Oficina de Privacidad a la dirección que aparece a continuación. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

ELDERPLAN
ATTENTION: REGULATORY COMPLIANCE
55 Water Street
NEW YORK, NY 10041

Además, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. si envía una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llama al 1-877-696-6775 o visita www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.**

No tomaremos represalias contra usted si ejerce su derecho de presentar una queja.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, llame al
1-855-395-9169 (TTY: 711)

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

Como miembro de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP), tiene derecho a obtener de nosotros distintos tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.

- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

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

Usted tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que pueda comprender*.

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

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

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por sí mismo.

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

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan **directivas anticipadas.** Los documentos denominados **testamento vital** y **poder de representación para las decisiones de atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo utilizar una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede solicitar un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un asistente social o de algunas tiendas de suministros para oficina. a veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir los formularios.
- **Rellene el formulario y fírmelo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere la posibilidad de consultar con un abogado para que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en su hogar.

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

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

Complete un formulario de instrucciones anticipadas es su elección (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma directivas anticipadas y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones consignadas en ese documento, puede presentar una queja llamando a la Línea de quejas del hospital del Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-804-5447 o a la Línea de quejas de médicos de la Oficina de Conducta Médica Profesional al 1-800-663-6114.

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

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

Sección 1.7 Si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados

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

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está teniendo en estos lugares:

- **Llame a Servicios para los Miembros de nuestro plan al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-212-602-4180 dentro de los distritos 1-800-701-0501 Fuera de los distritos.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). o bien, puede llamar a la línea de ayuda de Medicaid de la HRA (Departamento de Salud del Estado de New York [Servicios Sociales]) al 1-888-692-6116 (TTY 711), de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

- O bien, puede llamar a la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN) al 1-844-614-8800 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

Sección 1.8 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-212-602-4180 dentro de los distritos 1-800-701-0501 Fuera de los distritos.
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare.* Derechos y protecciones de Medicare)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtenerlos**. Use esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan detalles sobre los servicios médicos.
    - Los Capítulos 5 y 6 dan detalles sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1, encontrará información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.

- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
    - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y a otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga los planes y las instrucciones de tratamiento acordados entre usted y sus médicos.
    - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento.

- **Si se muda *dentro del* área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- **Si se muda, comuníqueselo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

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

Sección 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para abordar problemas e inquietudes: El proceso que utiliza para abordar su problema depende del tipo de problema que tenga:

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

Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

La **Sección 3** lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

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

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Aunque tenga una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho de queja. Debe llamar siempre a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la guía de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecerle guía sobre qué hacer.

Los asesores del SHIP son gratuitos.

Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada, 1-212-602-4180 Dentro de los distritos 1-800-701-0501 Fuera de los distritos.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid.

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
Llame al	1-800-541-2831 De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Puede escribir a su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Encuentre la dirección de su LDSS en: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss
SITIO WEB	www.health.ny.gov/health_care/medicaid

Método	Información de contacto de Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de New York)
Llame al	1-866-815-5440 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. El servicio de correo de voz está disponible las 24 horas.
TTY	1-866-868-2289 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	http://www.livantaqio.com/

La Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas relacionados con los servicios o la facturación. Pueden ayudarle a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan. La ICAN también ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de personas mayores y a resolver problemas entre los hogares de personas mayores y los residentes o sus familiares.

Método	**Información de contacto de la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN)**
Llame al	1-844-614-8800 Estamos disponibles de 8 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	ican@cssny.org
SITIO WEB	http://icannys.org

SECCIÓN 3 Cómo comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid

Usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid. La información en este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto suele denominarse proceso integrado porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esos casos, utilizará un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en **la Sección 6.4**.

SECCIÓN 4 Qué proceso utilizar para tratar su problema

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La información a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

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

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

Sí.

Consulte **la Sección 5, Una guía para decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como "**atención médica**". Usted usa el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

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

En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud, se incluyen las solicitudes incompletas, solicitudes presentadas por otra persona en su nombre cuando esta no está autorizada legalmente para hacerlo, o solicitudes que usted solicita que retiren. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se le explicará por qué se rechazó la solicitud y cómo pedir una revisión de su rechazo.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que usted reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o **rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por diferentes revisores que los que tomaron la decisión original.

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

En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud, se incluyen las solicitudes incompletas, solicitudes presentadas por otra persona en su nombre cuando esta no está autorizada legalmente para hacerlo, o solicitudes que usted solicita que retiren. Si rechazamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se le explicará por qué se rechazó la solicitud y cómo pedir una revisión de su rechazo.

Si rechazamos en parte o por completo su apelación de Nivel 1 para recibir atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no tiene relación con nuestro plan.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos, de manera automática, su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 7 de este capítulo.

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

Sección 5.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son los recursos si decide pedir cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para los Miembros al** 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado.
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación anterior al Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *de Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.elderplan.org).

- Su médico u otro proveedor de atención médica pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Si su médico u otro proveedor de salud solicitan que un servicio o artículo que usted ya está recibiendo continúe durante su apelación, **es posible** que usted deba nombrar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas como su representante para que actúe en su nombre.
- Su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para los medicamentos de la Parte D en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Usted puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.elderplan.org. Este formulario le otorga a esa persona la autorización para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y la persona que desea que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.

Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de referencia. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 5.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 diferentes situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes, damos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 6:** "Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7:** "Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 8:** "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto"

- **Sección 9:** "Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto" (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica en el hogar, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos [CORF])

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 6 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención

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

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. No recibe determinada atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica quieren brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que usted considera que nuestro plan debería cubrir y desea pedirle al plan que le reembolse dicha atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o para los servicios de un CORF, consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

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

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

- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico le dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que:
  - Se explica que usaremos los plazos estándares.
  - También se explica que si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le proporcionaremos una decisión rápida de cobertura.
  - También se explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

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

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

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

Para las decisiones estándar de cobertura, usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico que está sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de** recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la **Parte B**, le daremos una respuesta en un **plazo de 72 horas después de** recibir su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.** Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas).

Para tomar decisiones rápidas de cobertura, usamos un plazo acelerado.

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

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría redundar en su beneficio, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más.** Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede apelar.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez que obtenga la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Generalmente, una apelación estándar se resuelve en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, la apelación rápida se resuelve en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención médica, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 6.2.

Paso 2: Pídale a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o verbalmente.** En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario a** partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique el motivo de la demora al momento presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o haber recibido información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir sin cargo una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Si le informamos que interrumpiremos o reduciremos servicios o artículos que estaba recibiendo, es posible que pueda conservar dichos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de implementar la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario de la fecha de timbrado que figura en nuestra carta o hasta la fecha prevista de entrada en vigencia de la acción, lo que sea posterior.
- Si cumple con este plazo, puede continuar recibiendo el servicio o artículo sin ningún cambio hasta que se resuelva su apelación de Nivel 1. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras revisamos su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días** calendario adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindarle la cobertura en un plazo de 72 horas después de haber recibido la apelación.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta en un **plazo de 7 días calendario después de** recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días** calendario adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.

- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección 11**).
- Si no le damos una respuesta para dentro del plazo (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de **30 días calendario,** o **en 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si el plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, tiene otros derechos de apelación.**
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.
  - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se le informará que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El proceso de apelaciones de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal para la Organización de Revisión Independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** a veces se la denomina **IRE.**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicaid**, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. La carta le indicará cómo hacerlo. Más adelante se incluye información.
- Si su problema se relaciona con un servicio o artículo que podría estar **cubierto por Medicare y Medicaid**, recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

Si reunió los requisitos para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento que está apelando también podrían continuar durante el Nivel 2. Consulte la página 442 para obtener información sobre cómo continuar sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que, por lo general, está cubierto únicamente por Medicare, sus beneficios por ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.

- Si su problema corresponde a un servicio que, por lo general, está cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 en un plazo de 10 días calendario después de recibir la carta de decisión de nuestro plan.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicare suele cubrir:

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. a esta información se la denomina su **expediente de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita del archivo de su caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** de haber recibido su apelación.

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para solicitudes estándar. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión independiente.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de parte de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la Organización de Revisión Independiente le enviará una carta en la que:
    - Se explica la decisión.
    - Le notifica sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando cumple con un cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
    - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. La información sobre cómo hacerlo se incluye en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
    - A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. En la **Sección 10** de este capítulo, se explica el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema está relacionado con un servicio o artículo que Medicaid generalmente cubre:

Paso 1: Pida una audiencia imparcial ante el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios que generalmente cubre Medicaid es una audiencia imparcial ante el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo de 120 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. En la carta que reciba de nosotros se le indicará dónde puede presentar su solicitud de audiencia.

Puede solicitar una audiencia imparcial ante el estado:

- Por teléfono: 1-800-342-3334 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y solicitarle al operador que llame al 1-877-502-6155)

- Por fax: 518-473-6735
- Por internet, en http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp
- Por correo: NYS Office of Temporary and Disability Assistance
  Office of Administrative Hearings
  Managed Care Hearing Unit
  P.O. Box 22023
  Albany, New York 12201-2023
- En persona: Para las personas que no residen en la ciudad de New York:
  Office of Temporary and Disability Assistance
  Office of Administrative Hearings
  40 North Pearl Street
  Albany, New York 12243
- Para los residentes de la ciudad de New York:
  Office of Temporary and Disability Assistance
  Office of Administrative Hearings
  5 Beaver Street
  New York, New York 10004

Luego de solicitar una audiencia imparcial, el estado le enviará un aviso con la hora y el lugar de la audiencia. En la audiencia, se le pedirá que explique por qué considera que esta decisión es incorrecta. Un funcionario de audiencias escuchará tanto a usted como al plan y decidirá si nuestra decisión fue incorrecta. Si el estado rechaza su solicitud de una audiencia imparcial de vía rápida, lo llamará y le enviará una carta. Si su solicitud de una audiencia imparcial de vía rápida es denegada, el estado procesará su audiencia imparcial en 90 días.
Si el estado aprueba su solicitud de una audiencia imparcial de vía rápida, lo llamarán para comunicarle la hora y fecha de su audiencia. Todas las audiencias imparciales de vía rápida se llevarán a cabo por teléfono.

Para prepararse para la audiencia:

- **Le enviaremos una copia del "paquete de evidencia" antes de la audiencia.** Esta es la información que usamos para tomar nuestra decisión sobre sus servicios. Le entregaremos esta información al funcionario de audiencias para explicar nuestra decisión. Si no hay tiempo suficiente para enviárselo por correo, llevaremos una copia del paquete de evidencia a la audiencia para usted. Si no recibe el paquete de evidencia la semana anterior a su audiencia, puede llamar al [1-800 MCO-PLAN] para solicitarlo.

- **Tiene el derecho a ver el archivo de su caso y otros documentos.** El archivo de su caso incluye sus registros médicos y podría tener más información sobre por qué se modificó o no se aprobó su servicio de atención médica. También puede solicitar ver las pautas y cualquier otro documento que hayamos utilizado para tomar esta decisión. Puede llamar al [1-800 MCO-PLAN] para ver el archivo de su caso y otros documentos, o para solicitar una copia gratuita. Solo se le enviarán copias por correo si usted confirma que desea que se las envíen por correo.
- **Tiene derecho a traer una persona con usted para que le ayude en la audiencia**, como un abogado, un amigo, un familiar u otra persona. En la audiencia, usted o esta persona podrán entregarle al funcionario de audiencias algo por escrito, o simplemente explicar por qué la decisión es incorrecta. También puede traer personas para que hablen a su favor. Además, usted o esta persona pueden hacerle preguntas a cualquier otra persona que esté en la audiencia.
- **Tiene derecho a presentar documentos para respaldar su caso.** Traiga una copia de cualquier documento que considere que ayudará a su caso, como cartas del médico, facturas de atención médica y recibos. Podría ser de utilidad traer a la audiencia una copia de este aviso y todas las páginas que recibió junto con él.

- **Puede obtener asistencia legal** comunicándose con la Sociedad de Asistencia Legal o con el grupo de defensoría de su localidad. Para encontrar un abogado, revise la sección "Abogados" en las Páginas Amarillas o ingrese en www.LawhelpNY.org. En la ciudad de New York, llame al 311.

Apelación externa

Tiene otros derechos de apelación si dijimos que el servicio que solicitó se corresponde con alguna de las siguientes determinaciones:

1. no era médicamente necesario;
2. era de carácter experimental o de investigación;
3. no era diferente a la atención que puede obtener en la red del plan;
4. estaba disponible a través de un proveedor participante que tiene la capacitación y experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades.

Para este tipo de decisiones, puede solicitar al estado de New York (NYS) una apelación externa independiente. a esto se lo denomina apelación externa porque lo deciden revisores que no trabajan para Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) ni para el estado de New York. Estos revisores son personas calificadas y aprobadas por el estado de New York. El servicio tiene que estar en el paquete de beneficios del plan o ser un tratamiento experimental, estudio clínico o tratamiento para una enfermedad inusual. Usted no tiene que pagar la apelación externa.

Tiene **4 meses** a partir de la fecha en que le enviamos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1 para solicitar una apelación externa. Si usted y Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) acordaron omitir nuestro proceso de apelaciones, entonces debe solicitar la apelación externa en un plazo de 4 meses a partir de la fecha en que hizo ese acuerdo.

Para solicitar una apelación externa, llene una solicitud y envíela al Departamento de Servicios Financieros. Puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 si necesita ayuda para presentar una apelación externa. Usted y sus médicos tendrán que proporcionar información sobre su problema médico. La solicitud de apelación externa indica qué información se necesita.

Estas son algunas maneras de obtener una solicitud de apelación externa:

- Llame al Departamento de Servicios Financieros al 1-800-400-8882
- Visite el sitio web del Departamento de Servicios Financieros en www.dfs.ny.gov.
- Contáctenos al 1-877-891-6447

Su apelación externa se decidirá en 30 días. Si el examinador de la apelación externa solicita más información, puede ser necesario más tiempo (hasta cinco días hábiles más). Usted y Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) serán informados de la decisión final en un plazo de dos días después de que se tome la decisión.

Puede obtener una decisión más rápida si:

- Su médico indica una demora perjudicará gravemente su salud.
- Usted está en el hospital después de una visita a la sala de emergencias y su plan le niega la atención hospitalaria.

Esto se llama una apelación externa acelerada. El revisor de la apelación externa decidirá la apelación acelerada en 72 horas o menos.

Si solicitó tratamiento para pacientes internados por trastornos por consumo de sustancias al menos 24 horas antes de dejar el hospital, continuaremos pagando su estadía si:

- solicita una apelación de Nivel 1 de vía rápida en un plazo de 24 horas, **Y**
- al mismo tiempo, solicita una apelación externa por la vía rápida.

Continuaremos pagando su estadía hasta que se tome una decisión sobre sus apelaciones. Tomaremos una decisión sobre su apelación de Nivel 1 de vía rápida en 24 horas. La apelación externa por la vía rápida se decidirá en 72 horas.

El revisor de la apelación externa les comunicará inmediatamente la decisión a usted y al plan por teléfono o fax. Luego, se le enviará una carta en la que se comunicará la decisión.

Puede solicitar una audiencia imparcial o una apelación externa, o ambas. Si solicita una audiencia imparcial y una apelación externa, la decisión que cuenta es la del funcionario de la audiencia imparcial.

Paso 2: La Oficina de Audiencias Imparciales le da su respuesta.

La Oficina de Audiencias Imparciales le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos que la fundamentan.

- **Si la Oficina de Audiencias Imparciales acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo en un plazo de 72 horas después de recibir la decisión de la Oficina de Audiencia Imparcial.

- **Si la Oficina de Audiencias Imparciales rechaza parte o la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**).

Si se rechaza una parte o la totalidad de lo que solicité, puede presentar otra apelación.

Si la organización de revisión independiente o la Oficina de Audiencias Imparciales rechaza una parte o la totalidad de lo que solicitó, tiene **otros derechos de apelación.**

En la carta que reciba de la Oficina de Audiencias Imparciales, se describirá la opción de apelación que sigue.

Consulte **la Sección 10** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5 Si nos solicita que le reembolsemos una factura que recibió en concepto de atención médica

Si usted ya pagó por un servicio o artículo de Medicaid cubierto por nuestro plan, pídale a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse). Es su derecho que nuestro plan lo reembolse cada vez que usted haya pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que debemos cubrir los servicios, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

Si desea que le reembolsemos el costo de un servicio o artículo de **Medicare** o nos pide que le paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid que usted ya pagó, nos pide que tomemos esta decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y siguió las normas, le enviaremos el pago del costo habitualmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más allá de los 60 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones de la Sección 6.3. Para apelaciones sobre el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Si desea obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte el Capítulo 5 y el Capítulo 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede solicitarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedirnos cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Pida una excepción. Sección 7.2.**

- Pedir que no apliquen una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Pida una excepción. Sección 7.2.**
- Nos pide la aprobación previa para un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Nos pide que paguemos un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le reembolsemos. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 2 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento no en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplique a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le pediremos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de la Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas por las que solicita una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta final del año de nuestro plan. y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

Las decisiones estándar de cobertura se toman en un plazo **de 72 horas** después de recibir la declaración de su médico. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo **de 24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida de cobertura. **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir 2 requisitos:**

- Debe estar pidiendo un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar que la decisión rápida de cobertura se reembolse por un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándares podría *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*

- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente le comunicaremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que:
  - Se explica que usaremos los plazos estándares.
  - También se explica que, si su médico o la persona autorizada a dar recetas solicitan la decisión rápida de cobertura, automáticamente le proporcionaremos una decisión rápida de cobertura.
  - Describe cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas después de recibirla.

Paso 2: Solicite una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada mediante el formulario de *Solicitud de decisión de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)*, que está disponible en nuestro sitio web, www.elderplan.org. En el Capítulo 2, se incluye información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que es la razón médica de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. o su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3 Consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de obtener su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración que respalda su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindarle la cobertura que aceptamos en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración que respalda a su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindarle la cobertura que aceptamos **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir de nuevo que obtenga la cobertura para medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D, se llama **redeterminación del plan**.

Una apelación rápida también se denomina **apelación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Generalmente, se presenta una apelación estándar en un plazo de 7 días calendario. Por lo general, la apelación rápida se resuelve en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura que aparecen en la Sección 7.4.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** (1-877-891-6447). En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de redeterminación modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.elderplan.org. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario a** partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique el motivo de la demora al momento presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o haber recibido información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3 Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6**, se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación estándar de un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.

- Si no le comunicaremos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6**, se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo exija su salud, pero no más allá de **los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Término legal

El nombre formal para la Organización de Revisión Independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** A veces, se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario a** partir de la fecha que figura en el aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión en el caso de que se aplique o tomamos una decisión desfavorable respecto de la determinación **en riesgo** de acuerdo con nuestro programa de administración de medicamentos, automáticamente enviaremos su solicitud al IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. a esta información se la denomina su **expediente de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la Organización de Revisión Independiente .
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, dicha organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 14 días calendario después de** recibir su solicitud.

Paso 3 La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** de recibida la decisión de parte de dicha organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** de recibida la decisión de parte de dicha organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud para reembolsarle** el costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** de recibida la decisión de parte de la organización de revisión independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la organización independiente rechaza **parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la Organización de Revisión Independiente le enviará una carta en la que:

- Se explica la decisión.
- Se le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando cumple con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Se le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de 5 niveles de apelación).

- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. En la **Sección 10** se explica más sobre el proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le dan el alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ellos ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo indicarán.

- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

En un plazo de 2 días calendario de haber ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de otra persona en el hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y haga preguntas si no lo entiende.** En el aviso se le informa:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.

- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Su derecho a saber dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **pedir una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta hospitalaria si considera que le dan el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se les pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firmen el aviso.
   - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. En el aviso no se le informa sobre la fecha del alta. Firmar el aviso ***no*** **significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.

- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, use el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos límite.**

- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). o llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada 1-212-602-4180 Dentro de los distritos 1-800-701-0501 Fuera de los distritos. La información de contacto de SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida una revisión inmediata del alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos* le explica cómo puede comunicarse con esta organización. o encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de dejar el hospital y, **como máximo**, **a la medianoche de la fecha del alta**.
    - **Si cumple con este plazo,** es posible que permanezca en el hospital *después* de su fecha del alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
    - **Si no cumples con este plazo, contáctanos.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contactemos, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le brinda la fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). o puede ver un aviso de muestra en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les demos.

- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3 En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente acepta, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente dice que no, está diciendo que su fecha prevista del alta es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior** a la fecha en la que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que usted deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que consulte de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de la hospitalización después de la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha en la que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3 En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados en un hospital durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. En la **Sección 10**, se explica más acerca del proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando recibe **servicios cubiertos de atención médica en el hogar, de atención de enfermería especializada o de rehabilitación especializada (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que esta sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por adelantado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare Le explica cómo puede solicitar una **apelación acelerada.** Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se le informa:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación acelerada para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
2. **Usted o alguien que actúe en su nombre deberán firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo *no* significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de dejar de prestar atención médica.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). o llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada 1-212-602-4180 Dentro de los distritos 1-800-701-0501 Fuera de los distritos. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha final de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el Gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Realice su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida una *apelación acelerada*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso sobre la no cobertura de Medicare*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. o encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para iniciar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare.

- Si se vence el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con su Organización para la Mejora de la Calidad.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que detalla los motivos por los cuales se finaliza la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le proporcione nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura de parte nuestra*, donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3 Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos comunicado.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica en el hogar, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que consulte de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica en el hogar, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3 En un plazo de 14 días calendario de recibida su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada ante su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un mediador. En la Sección 10 de este capítulo, se explica más acerca del proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5

Sección 10.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con las apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los 2 primeros niveles. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez administrativo o un mediador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** a diferencia de la decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar el servicio de atención médica o brindárselo en un plazo de 60 días calendario de haber recibido la decisión del juez administrativo o mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio de atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** a diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar el servicio de atención médica o brindárselo en un plazo de 60 días calendario de haber recibido la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con este proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aprueba o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación se relaciona con los servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. En la carta que reciba de la Oficina de Audiencias Imparciales, se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones.

Sección 10.3 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con las apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los 2 primeros niveles. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez administrativo o un mediador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el juez administrativo o mediador dentro de las **72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.

- **Si el juez administrativo o mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**

  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo dentro de las **72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con este proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aprueba o rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal federal de distrito.

Presentación de quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. a continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestros Servicios para los Miembros? • ¿Siente que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por nuestros Servicios para los Miembros u otro personal de nuestro plan? o Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes, o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le hemos dado un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información por escrito es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Oportunidad (Estos tipos de quejas sobre lo *oportuno* de las acciones que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos solicitó una *decisión rápida de cobertura* o una *apelación rápida*, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos necesarios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo.**

Presentar una queja se denomina **interponer un reclamo.**

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo.**

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado.**

Paso 1: póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Llamar a Servicios para los Miembros al** 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) **en general es el primer paso.** Si hay algo que necesite hacer, Servicios para los Miembros se lo indicará.
- **Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

- Nuestro plan acepta los reclamos de manera verbal o por escrito. Una vez que recibamos su reclamo, analizaremos sus inquietudes y obtendremos cualquier información adicional necesaria para revisar completamente su reclamo. En algunas circunstancias, es posible que desee presentar un reclamo rápido ("acelerado"). Es posible que quiera presentar un reclamo rápido cuando desee quejarse de alguna de las siguientes circunstancias:
    - Extendemos el tiempo para tomar una decisión sobre su solicitud de servicios o apelación.
    - Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", automáticamente le concederemos una queja "rápida" (solo para la Parte D) porque aún no ha obtenido el medicamento. Si se le ha concedido una queja "rápida", quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- **Ya sea que llame o escriba, debe llamar a Servicios para los Miembros al** 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) **de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su mejor interés o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de su queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta a usted.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, se incluye información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad y nosotros al mismo tiempo**.

Sección 11.4 También puede informarles a Medicare y Medicaid acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Si es usuario de TTY/TDD, llame al 1-877-486-2048.

También tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de New York sobre su queja. Comuníquese con el Departamento de Salud de las siguientes maneras:

- Teléfono: 1-866-712-7197
- Correo postal: New York State Department of Health
  Bureau of Managed Long Term Care
  Technical Assistance Center
  99 Washington Ave/ One Commerce Plaza 16th Fl
  Albany, NY 12210
- Correo electrónico: mltctac@health.ny.gov

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. Las secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que debemos cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe seguir proporcionando su atención médica y sus medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan a través de una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos con receta de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción y reciba ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática), o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinda sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, ya no recibe ayuda adicional, y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- Llame a la Oficina de Medicaid de su estado en el programa New York State Medicaid de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. al 1-800-541-2831 para obtener más información sobre sus opciones de plan de Medicaid.
- Otras opciones de planes de salud de Medicare están disponibles durante el **Período de inscripción abierta**. La Sección 2.2 contiene más información sobre el Período de inscripción abierta.
- **Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción abierta** de cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura médica y para medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción abierta** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos.
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
  - Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinda sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.
- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura del nuevo plan el 1 de enero.

Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta. Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, ya no recibe ayuda adicional, y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos por 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta** de **Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también para nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes del derecho a la Parte a y la Parte B hasta el último día del mes del tercer mes del derecho.

- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare separado al mismo tiempo.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Éstos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de personas mayores o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

- **Nota:** si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos Períodos de inscripción especial. En la Sección 10 del Capítulo 5, encontrará más información sobre estos programas.
- **Nota:** la Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinda sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, ya no recibe ayuda adicional, y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos por 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los medicamentos de la cobertura para medicamentos: Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.
Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de su solicitud para cambiar nuestro plan.

Nota: las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre la cancelación de su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Busque la información en el manual ***Medicare y Usted 2026 (Medicare & You 2026)***.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, ya no recibe ayuda adicional, y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos por 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid, llame al programa New York State Medicaid de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 1:00 p.m., al 1-800-541-2831. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan la obtención de su cobertura de Medicaid.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe continuar obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores de la red para obtener atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias de la red o el pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta**.
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) debe cancelar su membresía en nuestro plan si se produce cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene las Partes a y B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid.
  - Si detectamos que ya no tiene Medicaid, le enviaremos un Aviso de cancelación de la inscripción debido a la pérdida de Medicaid. El aviso se enviará dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha en la que Elderplan descubra la pérdida de Medicaid.
  - Se lo seguirá considerando elegible para el plan Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) por un período de 90 días calendario (desde la fecha en la que perdió Medicaid).
  - Al final de los 90 días, si no recuperó Medicaid, cancelaremos su inscripción en el plan Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP).
- Si usted se muda fuera del área de servicio.

- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
    - NOTA: si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 30 días consecutivos, puede correr el riesgo de perder los beneficios de Medicaid que ofrece Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o ya no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrezca cobertura para medicamentos.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector General Investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP) no puede pedirle que abandone su plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo la Ley del Seguro Social por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación de Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen financiación federal, y cualquier otra ley y normas que se apliquen por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información sobre la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para silla de ruedas, Servicios para los Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la Parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta Sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre el derecho limitado de subrogación

Conforme a la ley federal, Elderplan se reserva el derecho limitado de subrogación de acuerdo con este contrato. Esto significa que si (1) usted es dañado por las acciones o instrucciones de un tercero (es decir, una persona que no es parte del contrato), (2) usted demandó y (3) usted recibe el dinero de esa parte (o la compañía de seguros de un tercero) en la resolución de su demanda o porque usted ganó la demanda en el tribunal o en un formulario alternativo de resolución de disputas, luego Elderplan tiene derecho a recuperar el monto, que pagó por su atención médica, incluidos, entre otros, los gastos de los hospitales, los gastos de los médicos, los cargos de los enfermeros, los servicios de atención médica en el hogar, los exámenes, los medicamentos y otros gastos relacionados. Usted acepta notificar a Elderplan en caso de entablar una demanda contra un tercero debido a una lesión. Elderplan se reserva el derecho de presentar un embargo en su contra para recuperar los costos médicos relacionados en los que Elderplan incurrió. Este puede quedarse con cualquier monto que usted haya recibido por parte del tercero que demandó. Independientemente de que Elderplan presente o no dicho embargo, usted acepta reembolsarle a Elderplan cualquier monto que reciba por parte de un tercero, el costo de la atención médica y de los servicios que se le proporcionaron en relación a la lesión.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos según criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención de la salud en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La renovación automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva (consulte "**biosimilar intercambiable**").

Cancelar o **cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluidos servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte a o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto que, posiblemente, usted deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo por servicios o medicamentos con receta.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. a continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Costo compartido: es el monto que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener un medicamento con receta; por ejemplo, el tiempo que le lleve al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de personas mayores, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por nuestro plan, eso no es una decisión de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización integrada: una decisión que nuestro plan toma sobre si los servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos ortopédicos y protésicos: dispositivos médicos, incluidos, entre otros, dispositivos ortopédicos, brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y tratamiento nutricional enteral y parenteral.

D-SNP: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría de los servicios de Medicaid en un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles para Medicare y Medicaid. a estas personas también se les conoce como personas con doble elegibilidad con beneficios completos.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si usted es una mujer embarazada, un niño no nacido), un miembro o la función de un miembro, un miembro, o pérdida o deterioro grave a una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeore rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos de estos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $2,100 para los medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial: la etapa antes de que el total de gastos no cubiertos para el año haya alcanzado el monto del umbral de gastos no cubiertos.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y desea que eliminemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos no cubiertos: vaya a la definición de costo compartido anterior. El requisito de costo compartido que un miembro debe pagar por una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de gasto no cubierto de un miembro.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o aplicación informática en la que los inscritos pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye los montos de los costos compartidos, los medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para la misma condición que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro que ha sido médicamente certificado como enfermedad terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Ingreso suplementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido de tiempo.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): es una lista de los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la FDA por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero es más económico.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio máximo justo.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo de gastos no cubiertos: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte a y de la Parte B. Si usted es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún gasto no cubierto para alcanzar el monto máximo de gastos no cubiertos por los servicios cubiertos de la Parte a y la Parte B. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo de gastos no cubiertos.)

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que es elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si se queda sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días o más.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (**Medicare tradicional** o **plan Medicare con pago por servicio**): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene 2 partes: la Parte a (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y los centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare al mismo tiempo. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que la persona es elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción abierta: el período de tiempo del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar de planes de salud o medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción inicial: cuando resulta elegible por primera vez para Medicare, el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte a y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años; incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales de atención crónica (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Plan de necesidades especiales institucional (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes institucionales (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en instalaciones (FI-SNP).

Plan de necesidades especiales institucional equivalente (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar de personas mayores o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será normalmente superior cuando se reciban los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos de gastos no cubiertos para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos de gastos no cubiertos o por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte a y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los Planes Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, Programas de Demostración/Pilotos y Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte a y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS), o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta.**

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS) para personas frágiles de manera que ayuden a las personas a mantenerse independientes y vivir en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de personas mayores) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE obtienen los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Planes de necesidades especiales para miembros con doble elegibilidad (D-SNP): los miembros del D-SNP pueden inscribirse personas con derecho a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y asistencia médica de un plan estatal a través de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio Justo Máximo: el precio negociado por Medicare para un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o para medicamentos con receta.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como la comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento con receta que está hecho de fuentes naturales y vivas como las células animales, las células vegetales, las bacterias o la levadura. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares (consulte "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Programa de descuentos del fabricante: un programa en el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de manejo farmacológico. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quién usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para brindar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar u ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si nuestro plan no cumple con los plazos del proceso de apelación.

Reclamo integrado: un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Esto no incluye las disputas por pagos o cobertura.

Remisión: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pueda pagar los servicios de un especialista.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte a y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte a y la Parte B de Medicare. Los servicios cubiertos por Medicare no incluyen los beneficios adicionales, como los beneficios de la vista, dentales o de la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (para pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Como ejemplos de servicios de urgencia están las enfermedades imprevistas y lesiones o exacerbaciones imprevistas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias con el proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero registrado o un médico.

Servicios para los Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte Ayuda adicional.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su condición médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Umbral de gastos no cubiertos: el monto máximo de gastos no cubiertos para los medicamentos de la Parte D.

Servicios para los miembros de Elderplan Más Atención a Largo Plazo (HMO-POS D-SNP)

Método	Información de contacto de Servicios para los Miembros
Llame al	1-877-891-6447 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Servicios para los Miembros 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
Fax	718-759-3643
Escriba a	ELDERPLAN, INC. ATTN: MEMBER SERVICES 55 WATER STREET NEW YORK, NY 10041
Sitio web	http://www.elderplan.org

Programa de información, asesoramiento y asistencia en seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las personas de edad avanzada, (SHIP de New York)

El Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada; información de contacto
Teléfono	1-212-602-4180 si se encuentra dentro de los distritos municipales. 1-800-701-0501 si se encuentra fuera de los distritos municipales.
TTY	711 o (212) 504-4115 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada; información de contacto
Escriba a	Condado de Dutchess Office for the Aging 114 Delafield Street Poughkeepsie, NY 12601 Condado de Nassau Office for the Aging 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3691 New York City HIICAP 2 Lafayette Street, 9th Floor New York, NY 10007 Condado de Orange Office for the Aging 40 Matthews Street 3rd Floor - Suite 305 Goshen, NY 10924 Condado de Putnam Office for Senior Resources 110 Old Route 6, Building #1 Carmel, NY 10512

Método	Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada; información de contacto
Escriba a (continuación)	Condado de Rockland Rockland County Office for the Aging 50 Sanatorium Road, Bldg B Pomona, NY 10970 Condado de Sullivan Office for the Aging County Government Center 100 North Street, PO Box 5012 Monticello, NY 12701 Condado de Ulster Office for the Aging 1003 Development Court Kingston, NY 12401 Condado de Westchester Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 1055
SITIO WEB	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs

AVISO SOBRE NO DISCRIMINACIÓN

Elderplan cumple con las leyes federales de derechos civiles. **Elderplan** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (como se define en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Sección 92.101(a)(2)).

Elderplan provee lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **Elderplan** al 1-877-891-6447. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Si considera que **Elderplan** no le ha proporcionado estos servicios o le brindó un trato diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante el coordinador de derechos civiles a través de los siguientes medios:

- Correo postal: 55 Water Street, 46th Floor, New York, NY 10041
- Teléfono: 1-877-326-9978 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711)
- Fax: 1-718-758-3643
- En persona: 55 Water Street, 46th Floor, New York, NY 10041
- Correo electrónico: COMPLIANCEDEPT@MJHS.ORG

Además, puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de las siguientes maneras:

- Sitio web: Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles
  https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
  Washington, DC 20201
  Los formularios de quejas se encuentran disponibles en
  http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
- Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Este aviso está disponible en el sitio web de Elderplan:
https://www.elderplan.org/disclaimers/notice-of-nondiscrimination/ H3347_EPS17876_C

ASISTENCIA LINGÜÍSTICA

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-877-891-6447 (TTY:711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-877-891-6447 (TTY:711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-877-891-6447 (TTY:711)。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 1-877-891-6447 (TTY:711).	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-891-6447 (TTY:711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-877-891-6447 (TTY:711).	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-877-891-6447 (TTY:711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-877-891-6447 (TTY:711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-891-6447 (TTY:711).	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט 1-877-891-6447 (TTY:711).	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-877-891-6447 (TTY:711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-877-891-6447 (TTY:711).	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-877-891-6447 (TTY:711)-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-877-891-6447 (TTY:711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-877-891-6447 (TTY:711).	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں1-877-891-6447 (TTY:711) ۔	Urdu

elderplan homefirst®

una agencia participante del Sistema de Salud MJHS

Para obtener más información,
llámenos sin cargo al

1-877-891-6447

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,
los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY/TDD
deben llamar al

711

Visite nuestro sitio web

Elderplan.org

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.