



Evidencia de Cobertura

Sus servicios y beneficios de Medicare como miembro de EmblemHealth VIP Dual

Del 1.º de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

H5991_202450CY24_C





Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de EmblemHealth VIP Dual (HMO D-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y de medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-877-344-7364. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este plan, EmblemHealth VIP Dual, es ofrecido por Health Insurance Plan of Greater New York (HIP)/EmblemHealth. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* diga “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a HIP/EmblemHealth. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, significa EmblemHealth VIP Dual.

Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español. Esta información también está disponible en otros formatos, como tamaño de letra grande y braille. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente a los números que se indican más arriba.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

La farmacopea, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- la prima de su plan y los costos compartidos;
- sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H5991_202450CY24_C

SECCIÓN 7	Reglas para la adquisición del equipo médico duradero.....	40
CAPÍTULO 4:	Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)	42
SECCIÓN 1	Comprensión de los servicios cubiertos.....	43
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para determinar lo que está cubierto.....	44
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera del plan EmblemHealth VIP Dual?	96
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	104
CAPÍTULO 5:	Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta Parte D	111
SECCIÓN 1	Introducción	112
SECCIÓN 2	Llene sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.....	113
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la lista de medicamentos del plan.....	117
SECCIÓN 4	Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	119
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que desearía que esté cubierto?	120
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?.....	122
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	124
SECCIÓN 8	Cómo llenar una receta	126
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	126
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad del medicamento y el manejo de los medicamentos	128
CAPÍTULO 6:	Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D	130
SECCIÓN 1	Introducción	131
SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento.....	133
SECCIÓN 3	Le enviamos los informes que explican los pagos de sus medicamentos y en cuál etapa de pago está.....	133
SECCIÓN 4	No existe deducible para EmblemHealth VIP Dual.....	135
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de medicamentos y usted paga su parte.....	135
SECCIÓN 6	No hay un período de interrupción de cobertura para EmblemHealth VIP Dual.	139
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura contra catástrofes, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D.....	139
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde	

las obtiene	139
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.</i>	142
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que le paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos.....	143
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido.....	145
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si lo aceptamos o lo rechazamos.....	146
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>	147
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad intercultural como miembro del plan	148
SECCIÓN 2 Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades	153
CAPÍTULO 9: <i>¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?</i>	155
SECCIÓN 1 Introducción	156
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	157
SECCIÓN 3 Para manejar su problema, ¿qué proceso debe seguir?.....	157
SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.....	158
SECCIÓN 5 Guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	158
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	161
SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	170
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto	180
SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que mantengamos la cobertura de determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.....	186
SECCIÓN 10 El proceso de apelación después del Nivel 3	191
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes	194
SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas con los beneficios de Medicaid.....	197
CAPÍTULO 10: <i>Cómo terminar su membresía en el plan</i>	199
SECCIÓN 1 Introducción a cómo terminar su membresía en nuestro plan	200
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?.....	200
SECCIÓN 3 ¿Cómo termina usted su membresía en nuestro plan?	203

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan204

SECCIÓN 5 El plan EmblemHealth VIP Dual debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones205

CAPÍTULO 11: Avisos legales 207

SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación aplicable208

SECCIÓN 2 Aviso respecto de la no discriminación208

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....208

CAPÍTULO 12: Definiciones de palabras importantes..... 209

CAPÍTULO 1:

Comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en EmblemHealth VIP Dual, que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)
--------------------	---

Usted tiene cobertura de Medicare y de Medicaid:

- **Medicare** es el programa del seguro de salud federal destinado a personas mayores de 65 años, determinadas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas que tienen Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para medicamentos y servicios adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted decidió recibir su cuidado de la salud de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta mediante nuestro plan, EmblemHealth VIP Dual. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, la participación en los costos y el acceso a proveedores de este plan difieren de los de Original Medicare.

EmblemHealth VIP Dual es un plan Medicare Advantage especializado (un plan de necesidades especiales de Medicare). Esto significa que sus beneficios están destinados para las personas con necesidades de atención médica especiales.

EmblemHealth VIP Dual está diseñado para personas que tienen Medicare y que además tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que recibe asistencia de Medicaid para su participación en los costos de Medicare Parte A y Parte B (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no tenga que pagar nada por sus servicios de cuidado de salud de Medicare. Medicaid también podría brindarle otros beneficios al cubrir servicios de cuidado de la salud y medicamentos con receta que, por lo general, no tienen cobertura en Medicare. También recibirá “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. El plan EmblemHealth VIP Dual lo ayudará a administrar todos estos beneficios, para que reciba los servicios de atención médica y la asistencia en el pago que le correspondan.

El plan EmblemHealth VIP Dual es administrado por una compañía privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan además tiene un contrato con el programa Medicaid del Estado de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle cobertura del cuidado de la salud de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos con receta.

La cobertura conforme a este Plan califica como cobertura de salud calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

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

Este documento *Evidencia de Cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y medicamentos con receta de Medicare. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención y los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de EmblemHealth VIP Dual.

Es importante que usted sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo EmblemHealth VIP Dual cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)*, y todo aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten a su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en EmblemHealth VIP Dual entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de EmblemHealth VIP Dual después del 31 de diciembre de 2024. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid) deben aprobar EmblemHealth VIP Dual cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué necesita para ser elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía en nuestro plan siempre que:

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare Parte A como de Medicare Parte B
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera a las personas encarceladas como residentes de la zona geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.

- -- y -- sea ciudadano de los Estados Unidos o esté presente legalmente en los Estados Unidos.
- -- y -- 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 personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para los beneficios de Medicare y Medicaid completo.

Ten en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad pero puede esperarse razonablemente que recupere la elegibilidad en un plazo de tres (3) meses, es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y la participación en los costos durante un período de presunta continuación de la elegibilidad).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué conceptos cuentan como ingresos y recursos, quiénes son elegibles, qué servicios están cubiertos, y el costo de los servicios. Los estados pueden decidir cómo administrar su programa siempre y cuando sigan las pautas federales.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB+):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y la participación en los costos (como deducibles, coseguro y copagos). Elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid.
- **Beneficio completo de doble elegibilidad (FBDE):** Puede ayudar a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otra participación en los costos (como deducibles, coseguro y copagos). Elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid.

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para EmblemHealth VIP Dual

El plan EmblemHealth VIP Dual está disponible solamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. A continuación se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio abarca los siguientes condados del estado de Nueva York:

Albany, Bronx, Broome, Columbia, Delaware, Dutchess, Greene, Kings, Nassau, Nueva York, Orange, Putnam, Queens, Rensselaer, Richmond, Rockland, Saratoga, Schenectady, Suffolk, Sullivan, Ulster, Warren, Washington, Westchester

Si planifica mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos o de salud de Medicare que esté disponible en

su nueva ubicación.

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

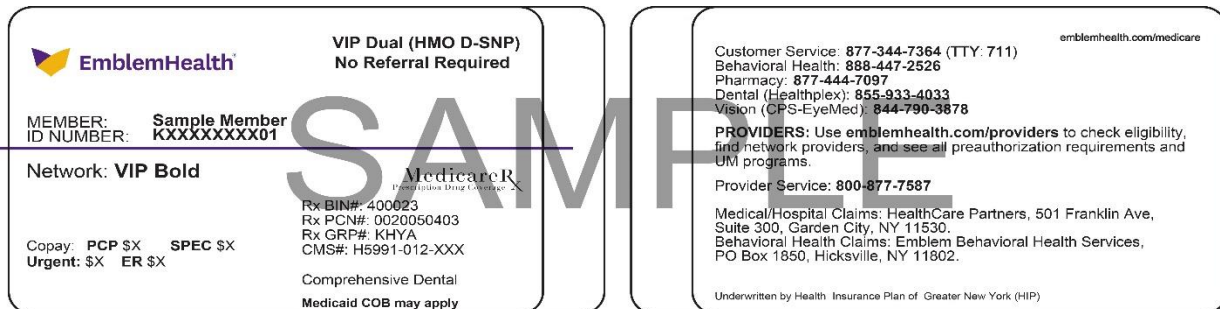
Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de los EE. UU.

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos de los EE. UU. o residentes legales de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a EmblemHealth VIP Dual si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. EmblemHealth VIP Dual debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía cada vez que obtenga cualquier servicio cubierto por este plan y para obtener los medicamentos con receta en las farmacias de la red. También deberá presentar al proveedor su tarjeta de Medicaid. La siguiente es una muestra de la tarjeta de membresía que ilustra cómo será la suya:



NO use 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 miembro del plan EmblemHealth VIP Dual, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica, también llamados “ensayos clínicos”, aprobados por Medicare.

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, se perdió o la robaron, llame al Servicio de atención al cliente inmediatamente y le enviaremos una nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores* se detallan nuestros proveedores de la red y proveedores de equipo médico duradero actuales. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y toda participación en

los costos del plan como pago total.

Debe utilizar los proveedores de la red para recibir atención médica y servicios. Si va a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son los casos de emergencia, los servicios que deben prestarse con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o posible recibir servicios dentro de la red), los servicios de diálisis que se brindan fuera del área y los casos en que EmblemHealth VIP Dual autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Es importante que sepa cuáles de nuestros proveedores también aceptan Medicaid porque solamente los proveedores participantes podrán facturarle a Medicaid por la participación en los costos que usted tenga.

Si no tiene la copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) al Servicio de Atención al Cliente. Las solicitudes del Directorio de proveedores impreso se le enviarán por correo postal en el transcurso de tres días laborables.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el Directorio de farmacias se enumeran nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado llenar medicamentos con receta a nuestros miembros del plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias fuera de la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al Servicio de Atención al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, en emblemhealth.com/medicare.

Sección 3.4 Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)*. La llamamos la “Lista de medicamentos”, para abreviar. Informa qué medicamentos con receta Parte D están cubiertos con el beneficio de la Parte D incluido en EmblemHealth VIP Dual. Los medicamentos de esta lista son elegidos por el plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacias. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de medicamentos” de EmblemHealth VIP Dual.

La “Lista de medicamentos” también le indica si existen normas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la “Lista de medicamentos”. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, visite el sitio web del plan, (emblemhealth.com/medicare) o llame a Servicio de Atención al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para EmblemHealth VIP Dual

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)

- Prima mensual de Medicare Parte B (Sección 4.2)
- Penalidad por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- Importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para EmblemHealth VIP Dual porque su “Ayuda Adicional” de Medicare paga su prima del plan en su nombre.

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explicó anteriormente en la Sección 2, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y, asimismo, tener ambos Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de EmblemHealth VIP Dual, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y su prima de la Parte B.

Sección 4.3 Penalidad por inscripción tardía de la Parte D

Como tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (LEP, siglas en inglés) no se aplica a usted mientras mantenga su estado de doble elegibilidad, pero si pierde el estado puede incurrir en una LEP. La penalidad por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para recibir la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que no tuvo cobertura de medicamentos con receta Parte D u otra cobertura acreditable. 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 con receta de Medicare. El costo de la penalidad por inscripción tardía depende del tiempo que usted estuvo sin cobertura de medicamentos con receta Parte D u otra acreditable. Tendrá que pagar esta penalidad mientras tenga la cobertura de la Parte D.

No deberá pagarla en las siguientes circunstancias:

- Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Si ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Si ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su compañía de seguros o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Esta información se le podría enviar en una carta o incluirse en un boletín informativo del plan. Guarde esta información, ya que podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Los siguientes ejemplos *no* son cobertura de medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento de medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuento de medicamentos.

Medicare determina el importe de la penalidad. Funciona de la siguiente manera:

- Primero, se cuenta la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de que fue elegible para inscribirse. O bien, se cuenta la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura de medicamentos con receta acreditable, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La penalidad es del 1 % por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si está 14 meses sin cobertura, la penalidad será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el importe de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare a nivel nacional desde el año anterior. Para 2024, el importe promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular la penalidad mensual, debe multiplicar el porcentaje de la penalidad por la prima mensual promedio, y luego redondearlo a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14 % multiplicado por \$34.70, que es igual a \$4.858. Esto se redondea a \$4.90. Este importe se sumaría **a la prima mensual para una persona que tiene una penalidad por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes para tener en cuenta acerca de esta penalidad por inscripción tardía de la Parte D mensual:

- Primero, **la penalidad puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **continuará pagando una penalidad** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, aunque cambie de planes.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente beneficios de Medicare, la penalidad por inscripción tardía de la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la penalidad por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no haya tenido cobertura después de su período de inscripción inicial en Medicare para la tercera edad.

Si no está de acuerdo con la penalidad por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante puede solicitar una evaluación. En general, debe solicitar esta evaluación **dentro de los 60 días** de la fecha de la primera carta que recibe, en la que se le informa que debe pagar una penalidad por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una penalidad antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra posibilidad de solicitar una evaluación de esa penalidad por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar la penalidad por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una evaluación de la decisión acerca de su penalidad por inscripción tardía. Si lo hace, es posible que se cancele su inscripción debido al incumplimiento del pago de las primas del plan.

Sección 4.4 Importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como “importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos” (IRMAA, siglas en inglés) de la Parte D. El cargo adicional se calcula en función de sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este importe es superior a determinado importe, usted pagará el importe de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el importe adicional es posible que tenga que pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar un importe adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándole cuánto sumará ese importe. El importe adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo paga normalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no alcance para cubrir el importe adicional que adeuda. Si el cheque del beneficio no alcanza para cubrir el importe adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el importe adicional al Gobierno. No se puede pagar con la prima del plan mensual. Si no paga el importe adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con el pago de un importe adicional, puede solicitarle al Seguro Social que evalúe la decisión. Para obtener más información acerca de cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No tenemos permitido cambiar el importe que cobramos por 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 el cambio entrará en vigor el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos es posible que pueda comenzar a pagar o que pueda dejar de pagar una penalidad por inscripción tardía, si se adeuda. Esto podría suceder si comienza a ser elegible para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año.

- Si en este momento paga la penalidad por inscripción tardía en la Parte D y comienza a ser elegible para “Ayuda Adicional” durante el año, podría dejar de pagar la penalidad.
- Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la penalidad por inscripción tardía si pasa 63 días o más seguidos sin cobertura de medicamentos con receta Parte D u otra acreditable. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluido su domicilio y número de teléfono. Indica su cobertura específica del plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, los hospitales, las farmacias y otros proveedores de la red del plan necesitan contar con información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los importes de participación en los costos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos si ocurren estos cambios:

- Cambios en su nombre, domicilio o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura del seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid)
- Si tiene alguna reclamación por responsabilidad legal, tales como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si ingresó en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable designada (por ejemplo, un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que planea participar, pero le recomendamos que lo haga)

Si alguno de estos datos cambia, infórmenos llamando al Servicio de Atención al Cliente.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que reunamos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios conforme a nuestro plan. A esto se le llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta donde se detalla cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos sobre la que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o tiene otra cobertura que no está indicada, llame al Servicio de Atención al Cliente. Es posible que tenga que proporcionar el número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros (una vez que haya confirmado la identidad de estos), de manera que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga segundo, denominado el pagador secundario, solo paga si existieran costos sin cubrir por la cobertura principal.

El pagador secundario puede no pagar todos los costos no cubiertos. Si usted cuenta con otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican para la cobertura de plan de salud grupal de un sindicato o un empleador:

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si cuenta con Medicare basado en la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si usted es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que pasa a ser elegible para Medicare.

Generalmente, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automotor)
- Responsabilidad (incluido el seguro automotor)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación de los trabajadores

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de EmblemHealth VIP Dual (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente)

Cómo comunicarse con el Servicio de atención al cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia por consultas sobre reclamaciones, facturación o tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio de Atención al Cliente del plan EmblemHealth VIP Dual. Será un placer ayudarlo.

Método	Servicio de atención al cliente: información de contacto
LLAMADAS	1-877-344-7364 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 am a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. El Servicio de atención al cliente también ofrece servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	1-212-510-5373
CORREO	EmblemHealth Medicare HMO ATTN: Servicio de atención al cliente 55 Water Street New York, NY 10041-8190
SITIO WEB	emblemhealth.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión o apelación de cobertura acerca de su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el importe que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que evaluemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o sus medicamentos con receta Parte D, consulte el Capítulo 9 (*¿Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura para la atención médica: información de contacto
LLAMADAS	1-877-344-7364 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	1-866-215-2928
CORREO	EmblemHealth Medicare HMO ATENCIÓN: Administración de Utilización (UM) 55 Water Street New York, NY 10041
SITIO WEB	emblemhealth.com/medicare

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos con receta Parte D: información de contacto
LLAMADAS	1-877-920-1470 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-800-716-3231 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-877-251-5896
CORREO	Express Scripts Attn: Medicare Reviews P.O. Box 66571 St. Louis, MO 63166-6571
SITIO WEB	www.express-scripts.com

Método	Apelaciones para atención médica o medicamentos con receta Parte D: información de contacto
LLAMADAS	1-877-344-7364 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	1-866-854-2763 Para apelaciones de expedición urgente: 1-866-350-2168
CORREO	EmblemHealth Medicare HMO Attn: Grievance & Appeals P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807
SITIO WEB	emblemhealth.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja acerca de su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o alguna de nuestras farmacias o proveedores de la red, incluidas quejas con respecto a la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas sobre el pago o la cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas acerca de la atención médica o los medicamentos con receta Parte D: información de contacto
LLAMADAS	1-877-344-7364 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
TTY	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	1-866-854-2763
CORREO	EmblemHealth Medicare HMO Attn: Grievance & Appeals P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807

SITIO WEB DE MEDICARE Puede presentar una queja sobre EmblemHealth VIP Dual directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviarnos una solicitud de pago de nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido

Si ha recibido una factura o ha pagado servicios (como una factura de un proveedor) que considera que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto	
CORREO	Atención médica Reclamaciones ante EmblemHealth (EmblemHealth Claims) Attn: Medicare Payment Requests P.O. Box 2845 New York, NY 10116-2845	Farmacia Express Scripts Attn: Medicare Parte D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718
SITIO WEB	emblemhealth.com/medicare	express-scripts.com

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

Medicare es el programa del seguro de salud federal destinado a personas mayores de 65 años, determinadas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS, siglas en inglés). Esta agencia celebra contratos con las organizaciones de Medicare Advantage, entre las cuales estamos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAMADAS	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Método	Medicare: información de contacto
TTY	1-877-486-2048 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<p>www.Medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de elegibilidad e inscripción para Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad para Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes Medicare: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>cálculo</i> de lo que sus gastos de bolsillo pueden ser en diferentes planes Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga respecto a EmblemHealth VIP Dual:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre EmblemHealth VIP Dual directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, su centro para adultos mayores o la biblioteca local pueden ayudarlo a visitar este sitio web utilizando sus computadoras. También puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la evaluarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En el estado de Nueva York, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (HIICAP).

HIICAP es un programa estatal independiente (no vinculado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer orientación gratuita local sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Los consejeros del HIICAP pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas en relación con su atención o tratamiento médico y a resolver los problemas con las facturas de Medicare. Los consejeros del HIICAP también pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas en relación con Medicare, así como a comprender sus opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en **SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DE SHIP]** en el medio de la página).
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto le llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP) (el SHIP de Nueva York): Información de contacto
LLAMADAS	1-800-701-0501 El horario de atención es de 9:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes
TTY	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO	Oficina de la Tercera Edad del Estado de Nueva York (New York State Office for the Aging) 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251 Correo electrónico: NYSOFA@aging.ny.gov
SITIO WEB	www.aging.ny.gov

SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad

Hay una Organización de mejora de la calidad designada para atender a beneficiarios de Medicare en cada estado. Para el Estado de Nueva York, la Organización de mejora de la calidad recibe el nombre de Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes Medicare les paga para que revisen y ayuden a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta ante cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura de su estadía hospitalaria termina demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de sus servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención del centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) termina demasiado pronto.

Método	Livanta (la Organización de Mejora de la Calidad del Estado de Nueva York): Información de contacto
LLAMADAS	1-866-815-5440 El horario de atención es de 9 am a 5 p.m., de lunes a viernes
TTY	1-866-868-2289 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
FAX	1-833-868-4056
CORREO	Programa BFCC-QIO de Livanta 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livanta.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos de EE. UU. y los residentes permanentes legales que tienen 65 años o más, o que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplen con ciertas condiciones, son elegibles para acceder a Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina del Seguro Social local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un importe adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a sus ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social donde se le informa que tiene que pagar el importe adicional y tiene preguntas acerca del importe, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que ha supuesto un cambio en su situación vital, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante llamar al Seguro Social para avisar.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAMADAS	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas transacciones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.ssa.gov/espanol/

SECCIÓN 6 Medicaid

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

Además, existen programas ofrecidos 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 ahorro de Medicare” ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB+):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y la participación en los costos (como deducibles, coseguro y copagos). Elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid.
- **Beneficio completo de doble elegibilidad (FBDE):** Puede ayudar a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otra participación en los costos (como deducibles, coseguro y copagos). Elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Método	Departamento de Salud del Estado de Nueva York (programa Medicaid de Nueva York): información de contacto
LLAMADAS	1-800-541-2831 De 9:00 am a 5:00 p.m., de lunes a viernes
TTY	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York)
CORREO	Departamento de Salud del Estado de Nueva York Corning Tower Empire State Plaza Albany, NY 12237
SITIO WEB	www.health.ny.gov/health_care/medicaid

El Programa del Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo del estado de Nueva York ayuda a las personas inscritas en Medicaid con preguntas sobre servicios o facturación. Pueden ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan.

Método	Programa de defensa de atención de largo plazo del Estado de Nueva York: información de contacto
LLAMADAS	1-855-582-6769
TTY	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York)
CORREO	New York State Long Term Ombudsman Program 2 Empire State Plaza Albany, NY 12223
SITIO WEB	https://ltombudsman.ny.gov/

SECCIÓN 7 Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

El sitio web Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. También hay otros programas destinados a brindar asistencia a personas con ingresos limitados; estos se describen a continuación.

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica para recibir y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los gastos del plan para los medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda Adicional”, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que está pagando un importe de participación en los costos incorrecto cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado, o bien, si ya tiene la evidencia, presentarnos esta evidencia.

Llame al Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan e infórmenos que cuenta con la evidencia. También puede enviarnos la evidencia por correo a la siguiente dirección:

EmblemHealth
Attention: Inscripción a Medicare
P.O. Box 2859
New York, NY 10117-7894

La documentación que acepta Medicare como evidencia incluye:

- Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo en Medicaid en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica estatal que demuestre el estado en Medicaid en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre el estado en Medicaid en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Si se considera que es elegible, una solicitud presentada que confirme que usted es “...automáticamente elegible para recibir Ayuda Adicional...”.
- Para las personas que no se consideran elegibles, pero que presentan la solicitud y se determina que son elegibles para recibir el subsidio por bajos ingresos (LIS, siglas en inglés), una copia de la carta de otorgamiento de la Administración del Seguro Social (SSA, siglas en inglés).
- Si recibe servicios basados en la comunidad y el hogar (HCBS, siglas en inglés), una copia de un Aviso de acción, Aviso de determinación o Aviso de inscripción emitidos por el estado que incluya su nombre y la fecha de elegibilidad para HCBS en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Si recibe servicios basados en la comunidad y el hogar, un comprobante del centro que demuestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Si recibe servicios basados en la comunidad y el hogar, una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en su nombre al centro por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior.
- Si recibe servicios basados en la comunidad y el hogar, una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid estatal que demuestre su estado institucional en función de, al menos, un mes calendario completo para los pagos de Medicaid en un mes posterior a junio del año calendario anterior.

- Si recibe servicios basados en la comunidad y el hogar, una copia del plan de estos servicios aprobado por el estado (con su nombre y la fecha de entrada en vigor) que comience en un mes después de junio del año calendario anterior.
- Si recibe servicios basados en la comunidad y el hogar, una copia de una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para estos servicios (con su nombre y la fecha de entrada en vigor) que comience en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Si recibe servicios basados en la comunidad y el hogar, otra documentación proporcionada por el estado que demuestre el estado de elegibilidad para HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Si recibe servicios basados en la comunidad y el hogar, un documento emitido por el estado, como un aviso de pago, que confirme el pago por HCBS e incluya su nombre y las fechas de los HCBS.
- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando reciba su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si paga un copago más alto de lo que debería, recibirá un reembolso. Le enviaremos un cheque por el importe del pago excesivo o descontaremos de copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y tiene registrado el copago como una deuda suya, le haremos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podríamos hacer el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

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

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los EE. UU. ofrecen ayuda para pagar medicamentos con receta, primas del plan para medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o en cualquier otro programa que brinda cobertura para medicamentos de la Parte D (distinto de la “Ayuda Adicional”), recibirá el 70 % de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en la interrupción de cobertura. El descuento del 70 % y el 5 % pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier cobertura del SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)? ¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que ayudan a salvarles la vida. Los medicamentos con receta Parte D de Medicare que también se incluyen en la lista de medicamentos del ADAP califican para recibir asistencia con la participación en los costos de medicamentos con receta a través del Programa de atención para personas con VIH sin seguro del estado de Nueva York. **Nota:** Para ser elegibles para el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA que funciona en su estado, las personas deben satisfacer determinados criterios, lo que incluye prueba de residencia en el estado y estado con respecto al VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y condición de persona sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción local en ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de atención para personas con VIH sin seguro (HIV Uninsured Care Program) del estado de Nueva York al 1-800-542-2437 (para residentes del estado de Nueva York) o al 1-518-459-1641 (para personas que no residen en el estado de Nueva York). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-518-459-0121 o visitar 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 los medicamentos con receta según sus necesidades económicas, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene reglas diferentes para ofrecer la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En el estado de Nueva York, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es el Programa de cobertura de seguro farmacéutico para personas de edad avanzada (EPIC).

Método	Programa de cobertura de seguro farmacéutico para personas de edad avanzada (EPIC) (<i>Programa de asistencia farmacéutica del estado de Nueva York</i>): <i>Información de contacto</i>
LLAMADAS	1-800-332-3742 El horario de atención es de 8:30 am a 5:00 p.m., de lunes a viernes.
TTY	1-800-290-9138 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
SITIO WEB	www.health.ny.gov/health_care/epic/

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios nacionales y sus familias. Si usted recibe su cobertura de Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que le informe si se muda o cambia su domicilio postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario: información de contacto
LLAMADAS	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios de las 9:00 a.m. a las 3:30 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de ayuda automatizada de RRB con información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.

TTY	1-312-751-4701 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o al Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

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

SECCIÓN 10 Puede obtener asistencia de EmblemHealth VIP Dual

PUEDE OBTENER ASISTENCIA DE CENTAURI

Centauri tiene un contrato con HIP/EmblemHealth para brindar asistencia sin costo adicional a los miembros de nuestro plan con los siguientes servicios:

- Medicare Savings Advantage (MSA): brinda asistencia para inscripción y programas de extensión a programas que les pagan a las personas la prima mensual de Medicare Parte A y Parte B y sus copagos del plan de salud, si son elegibles.
- Administración de recertificación: se proporcionan servicios para ayudar a las personas a conservar los beneficios para los programas en los que actualmente están inscritas.
- Part D Assist: brinda asistencia a miembros para inscribirse en la “Ayuda adicional” o en el subsidio por bajos ingresos para la Parte D.

Puede comunicarse con Centauri a los números a continuación:

- **Servicios estándar**
1-877-236-4471
- **No canjeado/Pérdida de subsidio por bajos ingresos (octubre a enero)**
1-866-297-2243

CAPÍTULO 3:

Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber para utilizar el plan a fin de recibir atención médica y otros servicios cubiertos. En él, se proporcionan definiciones de términos y se explican las reglas que debe seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otros tipos de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre qué atención médica y qué otros servicios están cubiertos por nuestro plan, utilice la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos: lo que está cubierto*).

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores de la red y los 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 los 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 completo. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Es posible que los proveedores de nuestra red nos facturen directamente la atención que le proporcionan. Cuando visita a un proveedor de la red, usted no paga nada por 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 están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se indican en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se describen en el Capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, el plan EmblemHealth VIP Dual debe cubrir todos los servicios que tienen cobertura en Original Medicare, y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 del Capítulo 4 para obtener más información).

Por lo general, EmblemHealth VIP Dual cubrirá su atención médica, en la medida que:

- **La atención médica que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Debe recibir su atención médica de parte de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma

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

parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *A continuación, le presentamos tres excepciones:*

- El plan cubre la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para saber el significado de atención de emergencia o servicios urgentemente necesarios, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que usted paga normalmente dentro de la red. Necesitaremos evaluar una solicitud para la atención antes de que usted la reciba. Este es un proceso llamado autorización previa. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por servicios de diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe servicios de diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de servicios de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide recibir servicios de un proveedor fuera de la red del plan mientras se encuentra dentro del área de servicio, el costo compartido de los servicios de diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use proveedores en la red del plan para recibir atención médica y otros servicios

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

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

PCP significa proveedor de atención primaria. Su proveedor de Cuidados Primarios puede ser un médico u otro profesional de la atención médica que cumpla los requisitos estatales y esté capacitado para brindarle atención médica básica. Los PCP dedican sus consultorios a los servicios de atención primaria. La atención primaria incluye promoción de la salud, prevención de enfermedades, mantenimiento de la salud, orientación, educación para el paciente y diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un PCP?

Su PCP puede ser un médico de medicina familiar o medicina interna, un enfermero practicante, un médico geriátrico u otro profesional del cuidado de la salud que cumpla con los requisitos del estado y esté capacitado para ofrecerle atención médica básica.

¿Cuál es la función de un PCP?

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

Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtenga como miembro de nuestro plan, tales como los siguientes: Estos incluyen los siguientes:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Internaciones hospitalarias
- Atención de seguimiento

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

Los PCP coordinan los servicios para mejorar la atención y controlar los costos. Coordinar sus servicios incluye revisar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, es posible que necesite una aprobación por anticipado. En algunos casos, su PCP tendrá que obtener una autorización por anticipado (aprobación previa) de nosotros.

¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones sobre una autorización previa o sobre cómo obtenerla, si corresponde?

Los PCP abogan por usted y coordinan su uso de todo el sistema de atención médica (incluida la autorización previa, si es necesaria). Los PCP a menudo colaboran con otros profesionales de la salud en su tratamiento y atención continua, según corresponda.

¿Cómo elige a su PCP?

Puede seleccionar un PCP usando la versión más reciente de nuestro *Directorio de proveedores* (o consulte nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare y llame a Servicio de Atención al Cliente para verificar que el médico siga participando como PCP en este Plan. Si cambia de PCP, llame al nuevo proveedor para verificar que esté aceptando nuevos pacientes.

Hay una sección en su formulario de inscripción que puede completar para seleccionar un PCP. Si no selecciona un PCP al momento de la inscripción, podemos asignarle uno. Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Para ello, inicie sesión en su portal para miembros. Además, es posible que su PCP deje de formar parte de la red de proveedores de nuestro plan y usted deba encontrar un nuevo PCP.

También puede comunicarse con Servicio de Atención al Cliente y le ayudaremos a realizar el cambio. Los cambios pueden tardar 24 horas en aparecer en el sistema, pero puede comenzar a ver a su PCP de inmediato.

Sección 2.2	Cómo recibir atención de especialistas y de otros proveedores de la red
--------------------	--

Un especialista es un médico que proporciona servicios de cuidado de la salud para una enfermedad específica o una determinada parte del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son

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

unos pocos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas
- Los ortopedistas atienden a pacientes con determinadas afecciones óseas, musculares o de las articulaciones
- Como miembro de EmblemHealth VIP Dual, no es necesario conseguir una derivación para obtener beneficios por servicios de especialistas. Aunque no es necesaria una derivación, es una buena idea usar su PCP para coordinar su atención de especialidad. Para algunos tipos de servicios, su PCP puede necesitar aprobación previa de EmblemHealth (esto se denomina obtener “autorización previa”).
- La “autorización previa” es la aprobación, por anticipado, de EmblemHealth para obtener ciertos servicios que no son de emergencia con el fin de que dichos servicios o suministros estén cubiertos bajo EmblemHealth VIP Dual. La decisión se basa en una necesidad médica. La solicitud de autorización previa no garantiza que se cubrirán los servicios. Se requiere autorización previa, de EmblemHealth, para ciertos beneficios dentro de la red y fuera de la red. Si consultará a un proveedor de la red, es responsabilidad del proveedor obtener la autorización previa. Si no consultará a un proveedor de la red, será su responsabilidad de obtener la autorización previa. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios dentro de la red requieren autorización previa.
- No se cubrirán beneficios bajo EmblemHealth VIP Dual si recibe servicios o suministros después de que se haya denegado la autorización previa. Si recibe una explicación de beneficios que indica que la reclamación fue denegada donde era responsabilidad del proveedor del plan solicitar la autorización previa correspondiente, comuníquese con Servicio de atención al cliente para que podamos ayudarlo a resolver este problema (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este manual).

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

Podemos implementar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está designado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar con la atención.
- Si actualmente está realizando terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, continuar con las terapias o los tratamientos médicamente necesarios que está recibiendo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.

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

- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Solo pagaremos su atención fuera de la red si recibió autorización previa.
- Si se entera de que su médico o su especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo que administre su atención.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se administra de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención al plan o ambas cosas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.3 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Puede haber circunstancias en las que necesite recibir atención de proveedores fuera de la red. Por ejemplo:

- Un proveedor de un servicio especializado no está disponible dentro de la red.
- Diálisis de un proveedor fuera de la red cuando viaja fuera del área de servicio de los planes.
- Atención de urgencia y de emergencia

Es la responsabilidad de su proveedor participante preguntar sobre la obtención de una autorización de EmblemHealth VIP Dual. Su proveedor deberá comunicarse con nosotros y proporcionar información clínica para su evaluación. Debe esperar nuestra decisión antes de consultar a un proveedor fuera de la red. Le notificaremos a usted y a su proveedor sobre nuestra decisión.

Para obtener la versión más actualizada de nuestro Directorio de proveedores y encontrar un proveedor de la red, puede visitar nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare. Si necesita atención de un especialista y no tiene un proveedor de la red disponible, infórmenos llamando al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

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

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o diríjase a la sala de emergencia o al hospital más cercano. Si necesita una ambulancia, llámela. *No* es necesario que primero obtenga una aprobación o derivación de su PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar dentro o fuera de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información).

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a una sala de emergencia por otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos que reciba durante la emergencia.

Los médicos que le están proporcionando atención de emergencia decidirán cuándo su afección es estable y la emergencia médica termina.

Una vez terminada la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección se mantenga estable. Los médicos continuarán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen la atención adicional. La atención de seguimiento que reciba está cubierta por nuestro plan. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como la condición médica y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría buscar atención de emergencia (pensando que su salud se encuentra en grave peligro) y el médico puede decir que no era una emergencia médica a fin de cuentas. Si resulta que no era una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención médica.

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

- Acude a un proveedor de la red para recibir la atención médica adicional.
- *o*, la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2	Cómo obtener atención en caso de una necesidad urgente de recibir servicios
--------------------	--

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio urgentemente necesario es una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable recibir estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios urgentemente necesarios prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son

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

los siguientes: i) dolor de garganta intenso que se manifiesta durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una afección conocida que ocurra cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio.

Para tener acceso a los servicios urgentemente necesarios, puede encontrar un centro de atención de urgencia usando “Find a doctor” (Encuentre un médico) en nuestro sitio web, en emblemhealth.com/medicare. O bien, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente.

EmblemHealth VIP Dual cubre los servicios de emergencia y de atención de urgencia en todo el mundo, así como ambulancia por tierra fuera de los Estados Unidos y sus territorios, menos cualquier costo compartido aplicable. (Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer la participación en los costos aplicable).

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante una catástrofe

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

Visite el siguiente sitio web: emblemhealth.com/plans/medicare-advantage/medicare-disaster-policy para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red de acuerdo con la participación en los costos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, podría surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos por servicios cubiertos

Si pagó por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

EmblemHealth VIP Dual cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan u obtiene servicios fuera de la red que no se autorizaron, usted tendrá que pagar el costo total de los servicios.

Antes de que pague su parte del costo, asegúrese de que los servicios ya no estén cubiertos por Medicaid. Si los servicios están cubiertos por Medicaid, debe ver a un proveedor de Medicaid para recibir los beneficios de Medicaid.

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

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de todos los servicios que obtenga una vez que haya agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que alcanza un límite de beneficios, el costo que paga no se considera parte de sus gastos directos de bolsillo.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted manifieste su interés en participar, una de las personas que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más acerca del estudio y determinar si usted reúne los requisitos establecidos por los científicos que lo llevan a cabo. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con esos requisitos y comprenda plenamente y acepte lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, solo tendrá que pagar el costo compartido dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más (por ejemplo, si ya ha pagado el monto de costo compartido de Original Medicare), le reembolsaremos la diferencia entre el importe que pagó y el importe del costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que demuestre cuánto pagó. Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (la atención médica que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos informe u obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio de investigación clínica *no* tienen que ser necesariamente parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios a cargo de nuestro plan que incluyan, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios específicos en virtud de determinaciones de cobertura nacionales (NCD, siglas en inglés) y ensayos con dispositivos de investigación (IDE, siglas en inglés), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica con cobertura de Original Medicare para las personas inscritas en Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?**

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

- Habitación y comida por una estadía hospitalaria que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera participando en un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico, si este forma parte del estudio de investigación
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención médica

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que con todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio esté evaluando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio, aun cuando usted *no* participe en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados al solo efecto de reunir datos y que no se utilizan en su cuidado de la salud directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computadas (CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica generalmente requeriría una sola CT.

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare y lea o descargue la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención no médica**Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de cuidado de la salud no médica?**

Una institución religiosa de cuidado de la salud no médica es un centro que proporciona atención para una afección que con normalidad sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. En cambio, si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas de los miembros, le brindaremos la cobertura de atención en una institución religiosa de cuidado de la salud no médica. Este beneficio se proporciona solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de cuidado de la salud no médicos).

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

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de cuidado de la salud no médica

Para obtener atención por parte de una institución religiosa de cuidado de salud no médica, debe firmar un documento legal que exprese que se opone a consciencia a obtener tratamiento médico que sea **no exceptuado**.

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

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de cuidado de la salud no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para la atención hospitalaria para pacientes ingresados o atención del centro de enfermería especializada.
 - Y debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado, antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

Se aplican límites de cobertura. Consulte la descripción de su beneficio para pacientes ingresados en la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este documento.

SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar una cantidad determinada de pagos conforme a nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de rueda, andadores, sistemas de colchón motorizado, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que solicite un proveedor para uso en el hogar. Ciertos artículos, como los protésicos, son siempre de propiedad del miembro. En esta sección, analizaremos otros tipos de equipo médico duradero que se deben alquilar.

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

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren la propiedad del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de EmblemHealth VIP Dual, por lo general no adquirirá propiedad de los artículos de equipo médico duradero, sin importar cuántos copagos realice para el artículo mientras es miembro de nuestro plan, incluso si realiza hasta 12 pagos consecutivos para el artículo de equipo médico duradero mientras está inscrito en Original Medicare y antes de inscribirse en nuestro plan.

¿Qué sucede con los pagos realizados para el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para poder adquirirlo. Los pagos realizados mientras está inscrito en su plan no se tienen en cuenta.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo mientras estaba inscrito en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en Original Medicare no se tienen en cuenta.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo mientras estaba inscrito en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba inscrito en nuestro plan, pero no adquirió la propiedad mientras estaba inscrito en nuestro plan. Luego regresó a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para poder adquirir la propiedad del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se tendrán en cuenta.

SECCIÓN 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿Qué beneficios de oxígeno le corresponden?

Si califica para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, EmblemHealth VIP Dual cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si abandona EmblemHealth VIP Dual o ya no necesita un equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, este debe devolverse.

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

Original Medicare exige que un proveedor de equipos de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y los servicios de mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago correspondiente al oxígeno). Después de cinco años, puede optar por seguir recibiendo servicios de la misma empresa o por cambiar de empresa. En ese momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si no cambia de empresa, por lo que deberá pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto)*

SECCIÓN 1 Comprensión de los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos como miembro de EmblemHealth VIP Dual. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Como recibe asistencia de Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos, en tanto y en cuanto siga las reglas del plan para obtener su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información acerca de las reglas del plan para obtener atención).

Sección 1.2 ¿Cuál es el importe máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?

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

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en el importe que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B. Este límite se denomina gasto máximo de bolsillo (MOOP) por los servicios médicos. Para el año calendario 2024, este importe es de **\$8,850**.

Los importes que usted paga u otros pagan por usted (como el programa NY Medicaid) por los deducibles, los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para este importe de gasto máximo de bolsillo. Los importes que usted paga u otros pagan por usted (programa Medicaid del Estado de Nueva York) por la prima de su plan y los medicamentos con receta Parte D no se tienen en cuenta para su importe de gasto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no computan para el gasto máximo de bolsillo. Estos servicios se marcan con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al importe de gasto máximo de bolsillo de **\$8,850**, no deberá pagar gastos de bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, usted debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid u otro tercero paguen por usted la prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para determinar lo que está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas lista los servicios que cubre EmblemHealth VIP Dual. La cobertura de medicamentos con receta Parte D se explica en el Capítulo 5. Los servicios indicados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse conforme a las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de atención de urgencia o de emergencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya otorgado una derivación. Esto significa que deberá pagarle al proveedor la totalidad del monto por los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le está proporcionando atención y supervisando su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos.

Otras cuestiones importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura de Medicare y de Medicaid. Medicare cubre el cuidado de la salud y los medicamentos con receta. Medicaid cubre su participación en los costos por los servicios de Medicare, incluido su deducible de estancia en hospital y su coseguro por visitas a especialistas y por cirugía ambulatoria. Medicaid además cubre servicios que Medicare no cubre, como el transporte que no es de emergencia, la atención de largo plazo, los medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC), los servicios basados en el hogar y la comunidad y otros servicios que solo están disponibles con Medicaid. ç
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2024* [Medicare y Usted 2024]. También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. **Sin embargo, si es tratado o controlado por una condición médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida debido a la condición médica existente.**

- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios. Algunos miembros de EmblemHealth VIP Dual también pueden estar inscritos en EmblemHealth Enhanced Care (Medicaid Managed Care) o en EmblemHealth Enhanced Care Plus (plan de salud y recuperación [HARP, siglas en inglés]). Si está inscrito en uno de estos planes, EmblemHealth también cubrirá los beneficios de Medicaid enumerados en la Sección 3.1 de este capítulo. Para obtener más información sobre los beneficios cubiertos por su plan EmblemHealth Enhanced Care o EmblemHealth Enhanced Care Plus cuando también está inscrito en EmblemHealth VIP Dual, consulte el Manual del miembro de EmblemHealth Enhanced Care o EmblemHealth Enhanced Care Plus.
- Si usted se encuentra dentro del período de tres meses de nuestro plan durante el que se presume la continuación de la elegibilidad, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, usted será responsable de pagar las primas de Medicare o la participación en los costos por los cuales el estado sería de otra manera responsable si usted no hubiese perdido su elegibilidad para Medicaid. El importe que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

Usted no paga nada por los servicios detallados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura antes descritos.

Información de beneficios importante para todos los afiliados que participan en la Planificación de bienestar y cuidado de salud (WHP, siglas en inglés)


- Debido a que EmblemHealth VIP Dual participa en los servicios de planificación de atención médica y de bienestar (WHP), usted será elegible para los siguientes servicios de WHP, incluidos los servicios de planificación de atención anticipada (ACP):
 - A partir de la fecha de inscripción, podrá acceder a la herramienta de planificación anticipada de la atención en emblemhealth.com/PlanMyCare.
 - Recibirá asistencia en línea para ayudarle a seleccionar a su agente de atención médica y completar el borrador de las directivas médicas anticipadas, como el poder notarial y la declaración de voluntad anticipada.
 - Podrá documentar sus deseos y dar a sus proveedores y seres queridos instrucciones por escrito sobre cómo desea que manejen su atención médica cuando se enferme gravemente o no pueda tomar decisiones por su cuenta. Asegúrese de compartir con su proveedor del cuidado de la salud una copia de sus Directivas médicas anticipadas firmadas y presenciadas.
 - Su proveedor o administrador de la atención también puede hablar con usted sobre la planificación de atención anticipada y por qué es importante completar estos formularios.
 - No es necesario que participe en la planificación anticipada de la atención.

Como plan participante del Modelo VBID, hemos sido aprobados para ofrecer la Parte D con costos compartidos reducidos para 2024. Como miembro, esto significa que tendrá acceso a los medicamentos de la Parte D sin costos compartidos en el límite de cobertura inicial, así como en la etapa de interrupción de cobertura para los medicamentos de atención selecta en el Nivel 6. Debido a que califica para “Ayuda Adicional”, calificará automáticamente para la Parte D con costos compartidos reducidos. Consulte el Capítulo 6, Sección 2.1, para ver un resumen de sus costos de la Parte D.

Para obtener más información, visite emblemhealth.com/PlanMyCare o comuníquese con un representante de Medicare Connect Concierge al número que aparece en el reverso de este folleto.

Información de beneficios importante para los afiliados que califican para la “Ayuda Adicional”:

- Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los costos de su programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro, puede ser elegible para otros beneficios complementarios específicos o costos compartidos reducidos específicos.
- Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para obtener más detalles.

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

Lo que debe saber acerca de los servicios listados a continuación en la Tabla de beneficios médicos


EmblemHealth solo pagará los servicios que están cubiertos por Medicare o que se indican específicamente como cubiertos en los documentos de su plan.

Dependiendo de su nivel de asistencia, puede ser responsable por la participación en los costos si no ve a un proveedor aprobado por Medicaid dentro de la red VIP Bold.

Para que Medicaid cubra la participación en los costos de sus servicios cubiertos por Medicare, debe consultar a un proveedor de la red VIP Bold que también participe en Medicaid. En el Directorio de proveedores, los proveedores participantes de Medicaid están marcados con un “●”

Antes de pagar por un servicio, recuerde consultar con Medicaid para ver si el servicio está cubierto por su plan Medicaid o Enhanced Care/Enhanced Care Plus.




Tabla de Beneficios Médicos de EmblemHealth VIP Dual




Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un único ultrasonido de detección para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y tiene una derivación de su médico, asistente del médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles por esta detección preventiva.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No asociado con cirugía; y • No relacionado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (PA, siglas en inglés), el personal de enfermería practicante (NP, siglas en inglés)/especialistas en enfermería clínica (CNS, siglas en inglés) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA DESPUÉS DE 12 VISITAS</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 por hasta 10 visitas de acupuntura suplementarias cubiertas por año calendario (sin incluir acupuntura para el dolor lumbar crónico).*</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• un título de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM, siglas en inglés);• una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione servicios de acupuntura debe encontrarse bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un asistente médico, un profesional de enfermería practicante o un especialista en enfermería clínica, según lo exigido por nuestras reglamentaciones del Título 42, Secciones 410.26 y 410.27, del Código de Regulaciones Federales (CFR, siglas en inglés).</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA DESPUÉS DE 12 VISITAS</p> <p>* Los servicios no se tienen en cuenta para su importe de gasto máximo de bolsillo.</p>	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p>*Ambulancia terrestre en todo el mundo. (La ambulancia aérea no está cubierta fuera de los Estados Unidos y sus territorios).</p> <p>*Los servicios no suman para su importe de gasto máximo de bolsillo.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS DE AMBULANCIA QUE NO SON DE EMERGENCIA CUBIERTOS POR MEDICARE</p>	<p>Copago de \$0 por cada viaje de ida en ambulancia terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada viaje de ida en ambulancia aérea cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada viaje de ida en ambulancia terrestre cubierto en todo el mundo.*</p>
<p>Examen físico anual</p> <p>Cubierto una vez por año calendario. El examen físico anual incluye la actualización de su historial médico, medición de signos vitales, estatura, peso, índice de masa corporal, presión arterial, control de agudeza visual y otras mediciones de rutina.</p> <p>Es posible que este beneficio no cubra algunos servicios que su médico u otro proveedor de atención médica deseen que usted reciba. Estos incluyen pruebas de laboratorio y pruebas para detectar o tratar una afección. Es posible que usted tenga que pagar estas pruebas, incluso si se realizan durante su examen físico anual. Su participación en los costos por las pruebas se describen en esta Tabla de beneficios médicos.</p> <p>UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) DEBE PROPORCIONARLOS</p>	<p>Copago de \$0 por el examen físico anual cubierto.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en sus factores de riesgo y salud actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva de Bienvenido a Medicare. Sin embargo, no necesita haber realizado una visita de Bienvenido a Medicare para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.</p>
<p> Prueba de densidad ósea</p> <p>Para las personas que califican (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si fueran médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad de los huesos, incluida la interpretación médica de los resultados.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba de densidad ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de detección temprana entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Exámenes clínicos de mamas cada 24 meses. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones y tienen una orden del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, generalmente, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Tiene la opción de obtener servicios de rehabilitación cardíaca a través de una visita presencial o por medio de telesalud con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por medio de telesalud.</p>	<p>Copago de \$0 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.</p>




Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria a fin de reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, el médico puede analizar con usted el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para garantizar que se alimente bien.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva contra enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>Exámenes de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Los exámenes de Pap y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si presenta un riesgo elevado de desarrollar cáncer de cuello uterino o vaginal o ha tenido una prueba de pap con resultados anormales en los últimos 3 años y está en edad fértil: una prueba de pap cada 12 meses. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y de Pap preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación. <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	<p>Copago de \$0 por los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Examen de detección de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para los pacientes en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presentan alto riesgo y que tienen 45 años o más. Una vez, al menos, 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico, y usted no paga coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes odontológicos de rutina y radiografías odontológicas) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, actualmente Medicare paga por servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos los siguientes servicios cuando son médicamente necesarios y en función de las limitaciones de beneficios y los criterios clínicos descritos en los manuales de referencia Healthplex Limited Comprehensive and Essential Services que se encuentran en línea en www.yourdentalplan.com/Healthplex.</p> <p>Servicios dentales preventivos y de diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal: uno cada 6 meses. • Profilaxis (limpieza): una cada 6 meses. • Radiografía de mordida: una cada 6 meses. • Tratamiento con fluoruro: uno cada 6 meses. • Radiografías de serie completa (Panorex): una cada 36 meses. <p>Servicios dentales integrales</p> <p>Restauración básica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rellenos: una vez cada 24 meses por diente <p>Restauración mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coronas de titanio/porcelana fundida con metal noble: una vez cada 60 meses, por diente • Recementado de corona: cubierto después de 6 meses • Perno y base de molde, además de la corona: uno cada 60 meses • Incrustación/recubrimiento y restauración de una sola corona: uno cada 60 meses <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por servicios dentales preventivos y de diagnóstico cubiertos.*</p> <p>Copago de \$0 por servicios dentales básicos de restauración cubiertos.*</p> <p>Copago de \$0 por servicios dentales mayores de restauración cubiertos.*</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Endodoncia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endodoncia: una vez por diente permanente de por vida • Pulpotomía terapéutica: uno de por vida • Gingivectomía/gingivoplastia por cuadrante: una vez cada 36 meses. <p>Periodoncia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento periodontal: una vez cada 3 meses cuando se completa la terapia periodontal activa en los últimos 36 meses • Cirugía ósea por cuadrante: una vez cada 60 meses • Servicios de apicectomía/perirradiculares: uno de por vida • Raspado y alisado radicular: una vez cada 36 meses por cuadrante <p>Dentaduras postizas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentaduras postizas completas/parciales: una vez por arco cada 60 meses • Reparación completa de dentaduras postizas: una vez por arco cada 12 meses • Rebase/revestimiento de dentaduras postizas: una vez cada 36 meses • Pónticos/retenedores de dentadura postiza fija: una vez por arco cada 60 meses <p>Cirugía bucal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extracción dental simple/quirúrgica: una vez por diente de por vida • Escisión/incisión quirúrgica • Extracción de diente impactado (tejido blando): una vez de por vida • Otros procedimientos de reparación (frenulectomía): una vez por arco de por vida • Extracción de diente impactado en el hueso: una vez de por vida <p>Atención dental de emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento paliativo por dolor dental (procedimiento menor) <p>Sedación profunda/anestesia general</p> <ul style="list-style-type: none"> • Límite de un máximo de una hora; cubierto solo si lo administra un dentista debidamente autorizado en un consultorio odontológico y junto con la extracción de dientes impactados <p>(continúa en la siguiente página)</p>	


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Anestesia intravenosa</p> <ul style="list-style-type: none">• Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), con límite de hasta un máximo de una hora; cubierto solamente si lo administra un dentista debidamente autorizado en un consultorio odontológico y junto con la extracción de dientes impactados <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS</p> <p>* Los servicios no se tienen en cuenta para su importe de gasto máximo de bolsillo.</p>	


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La detección debe efectuarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o referidos.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual para detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historia de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o historia de niveles elevados de azúcar en la sangre (glucosa). Dichas pruebas también están cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso e historia familiar de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede que usted sea elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p> <p>Para todas las personas con diabetes (insulinodependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en la sangre: Medidor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de prueba para medir la glucemia, dispositivos para lancetas y lancetas, además de soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. • Los límites de las cantidades son aplicables a las lancetas y las tiras reactivas (5 tiras reactivas y lancetas por día para los usuarios de insulina y 4 tiras reactivas y lancetas por día para los no usuarios de insulina). • Los suministros para diabetes cubiertos están limitados a los productos de Abbott Diabetes Care. (FreeStyle Freedom Lite[®], FreeStyle Lite[®] y Precision Xtra[®]) y productos LifeScan (One Touch Ultra[®]). Los suministros para diabetes se deben obtener en una tienda de venta minorista participante o en una farmacia de pedidos por correo. • Para personas con diabetes que tengan enfermedad grave de pie diabético: Un par, por año calendario, de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas provistas para dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos con profundidad agregada y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas provistas para dichos zapatos). La cobertura incluye adaptación. (continúa en la siguiente página) 	<p>Copago de \$0 por capacitación para el autocontrol de la diabetes y suministros y servicios para la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte Equipo médico duradero y suministros relacionados para bombas de insulina externas.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en determinadas circunstancias. <p>LOS SUMINISTROS PARA LA DIABETES DEBEN OBTENERSE EN UNA FARMACIA PARTICIPANTE</p>	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12, así como la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas hospitalarias que solicite un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubriremos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su zona no tiene una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si es posible hacer un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web emblemhealth.com/medicare.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA DETERMINADOS EQUIPOS Y SUMINISTROS</p>	<p>Copago de \$0 para equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados cubiertos por Medicare. Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es un copago de \$0. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé en gestación), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>La participación en los costos para los servicios de emergencia necesarios suministrados fuera de la red es la misma que para los servicios suministrados dentro de la red.</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$0 para cada visita por atención de emergencia cubierta por Medicare.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se estabilice su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta o debe recibir la atención hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su participación en los costos será la misma que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Copago de \$0 para cada visita por atención de emergencia cubierta a nivel mundial.*</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia (continuación) La cobertura de emergencia en todo el mundo incluye el traslado terrestre de emergencia al hospital más cercano, si se encuentra fuera de los Estados Unidos, con el propósito de estabilizar una condición médica de urgencia.</p> <p>* Los servicios no se tienen en cuenta para su importe de gasto máximo de bolsillo.</p>	
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Educación para la salud: Se ofrece capacitación a fin de mejorar los resultados para aquellos miembros con diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), enfermedad arterial coronaria (EAC), asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como también depresión e hipertensión arterial como afecciones concomitantes. Dicho servicio se ofrece a grupos específicos de inscritos, según las condiciones específicas de su enfermedad. Incluye la interacción con un educador certificado sobre temas de salud u otro profesional de atención médica calificado. Se proporciona instrucción personalizada y/u asesoría telefónica.</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$0 por educación para la salud.*</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)</p> <p>Beneficio de acondicionamiento físico - SilverSneakers®</p> <p>SilverSneakers puede ayudarlo a vivir una vida más sana y activa a través del acondicionamiento físico y la conexión social. Usted tiene cobertura para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en línea y en las ubicaciones participantes.¹ Tiene acceso a una red nacional de ubicaciones participantes donde puede tomar clases² y usar los equipos de ejercicio y las otras comodidades. Inscríbase en todas las ubicaciones que desee, en cualquier momento. También tiene acceso a instructores que imparten clases de ejercicios grupales especialmente diseñadas en persona y en línea, los siete días de la semana. Además, SilverSneakers Community le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales en centros recreativos, parques y otras sedes del vecindario. SilverSneakers también le permite conectarse con una red de asistencia y recursos en línea a través de las clases de SilverSneakers LIVE, los videos de SilverSneakers On-Demand y la aplicación móvil SilverSneakers GO. Su membresía a SilverSneakers también le ofrece GetSetUp³, con cientos de clases interactivas en línea para despertar su interés en temas como cocina y nutrición, tecnología y juegos mentales. Active su cuenta gratuita en línea en SilverSneakers.com para ver su número de identificación de miembro de SilverSneakers y todas las funciones del programa disponibles para usted sin costo adicional. Si tiene preguntas adicionales, visite SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., horario del Este.</p> <p>Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.</p> <p>1. Las ubicaciones participantes (PL) no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni sus filiales, ni son operadas por ellos. El uso de las instalaciones y los servicios de las PL está limitado a los términos y las condiciones de la membresía básica de las PL. Los centros y las prestaciones varían según el PL.</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$0 por el beneficio de acondicionamiento físico SilverSneakers®.*</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)</p> <p>2. La membresía incluye clases grupales de acondicionamiento físico dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen a los miembros clases adicionales. Las clases varían según la ubicación.</p> <p>3. GetSetUp es un proveedor de servicios externo y no es propiedad de Tivity Health, Inc. (“Tivity”) o sus filiales, ni está operada por ellos. Los usuarios deben tener servicio de Internet para acceder al servicio GetSetUp. Los cargos por servicio de Internet son responsabilidad del usuario. Pueden aplicarse cargos por el acceso a determinadas clases o funcionalidades de GetSetUp.</p> <p>*SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p> <p>* Los servicios no se tienen en cuenta para su importe de gasto máximo de bolsillo.</p>	
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio efectuadas por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado del paciente ambulatorio si las lleva a cabo un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de diagnóstico de audición cubierta por Medicare • Examen auditivo de rutina: uno cada año calendario. • Evaluación y ajuste de audífonos: una cada año calendario. • Audífonos: limitados a dos dispositivos cada 3 años, un dispositivo para cada oído.* <p>* Los servicios no se tienen en cuenta para su importe de gasto máximo de bolsillo.</p>	<p>Copago de \$0 por la evaluación de diagnóstico de audición cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por un examen auditivo de rutina cubierto cada año calendario.</p> <p>Copago de \$0 por una evaluación y ajuste de audífonos cubierta.</p> <p>Máximo de \$300 en asignación de beneficios del plan cada tres años para audífonos.*</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Para las personas que soliciten una prueba de selección de VIH o tengan un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por el examen preventivo de detección de VIH cubierto por Medicare.</p>
<p>Agencia de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita los servicios de salud en el hogar y ordenará que dichos servicios sean proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa supone un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios a tiempo parcial o intermitentes de enfermería especializada y asistente de salud a domicilio (para recibir la cobertura del beneficio de cuidado de la salud en el hogar, los servicios de enfermería especializada y asistente de salud a domicilio combinados no deben superar, en total, 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales. • Equipo y suministros médicos. <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	<p>Copago de \$0 para cada visita cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de infusión a domicilio</p> <p>La terapia de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión a domicilio incluyen el fármaco (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación del paciente no cubierta de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión a domicilio <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de terapia de infusión a domicilio cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para medicamentos cubiertos por Medicare Parte B.</p> <p>Copago de \$0 para equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>
<p>Atención de hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio si su médico y el director médico del hospicio le han proporcionado un pronóstico terminal, que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses de vida o menos si su enfermedad sigue su progresión normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarle a encontrar programas de hospicio certificado por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de Medicare Advantage posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico terminal tienen la cobertura de Original Medicare, no de EmblemHealth VIP Dual.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de hospicio (continuación) Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar <p><u>Para los servicios de hospicio y los servicios que están cubiertos por Parte A o B de Medicare y relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de hospicio, el proveedor de atención de hospicio le facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por Parte A o B de Medicare, pero no relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia, y estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare, pero no están relacionados con su pronóstico terminal, el gasto de dichos servicios dependerá de si usted consulta a un proveedor dentro la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si existe un requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener servicios, solamente pagará el importe de participación en los costos del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga la participación en los costos según el cargo por servicio de Medicare (Original Medicare). <p><u>Para servicios cubiertos por EmblemHealth VIP Dual, pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> EmblemHealth VIP Dual seguirá cubriendo los servicios que cubre el plan que no tengan cobertura en virtud de la Parte A o Parte B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el importe de participación en los costos del plan por esos servicios.</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de consulta de hospicio por única vez.</p>



Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de hospicio (continuación) <u>Para los medicamentos que podrían tener cobertura por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de hospicio, usted paga el importe de participación en los costos. Si están relacionados con su afección terminal de hospicio, usted paga el importe de participación en los costos de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por la atención de hospicio y nuestro plan a la vez. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio (atención no relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta para atención de hospicio (por única vez) para personas con enfermedad terminal que no hayan optado por el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunación contra la pulmonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe de otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son necesarias según el criterio médico • Vacuna contra la hepatitis B, si existe un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas, si cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B, y su salud está en riesgo <p>También cubrimos algunas vacunas en nuestro beneficio de medicamentos con receta Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, influenza y la hepatitis B, y la vacuna contra el COVID-19.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes ingresados</p> <p>Incluye hospitalización aguda, rehabilitación de pacientes ingresados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes ingresados. La atención hospitalaria para pacientes ingresados comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. Cubrimos 90 días por cada período de beneficios y 60 días de reserva adicionales de por vida. Una vez que haya agotado sus días de reserva de por vida, su cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados se limitará a 90 días. El día anterior a recibir el alta es su último día de paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario médicamente) • Comidas, incluidas las dietas especiales <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$0 por cada hospitalización cubierta por Medicare. Un período de beneficios comienza el día en que lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido atención hospitalaria para pacientes ingresados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si vuelve a ingresar en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finalice un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes ingresados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería habituales • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados coronarios) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operación y recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios contra el abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. Si necesita un trasplante, nos encargaremos de que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es un candidato para trasplante. Los proveedores del trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red se encuentran fuera del lugar habitual de atención en su comunidad, usted puede elegir recibir servicios locales siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si el plan EmblemHealth VIP Dual brinda servicios de trasplante en una ubicación fuera del modelo de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige realizar el trasplante en esa ubicación más alejada, gestionaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar los costos por las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario, o bien, usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás componentes de la sangre tienen cobertura a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos. <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Si recibe atención autorizada como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que se establezca su afección de emergencia, su costo compartido será el mismo que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>El costo compartido de observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios, en esta tabla de beneficios.</p> <p>El período de beneficios comienza el día que usted ingresa como paciente ingresado y finaliza cuando usted no ha recibido atención como paciente ingresado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si vuelve a ingresar en un hospital o SNF después de que finalizó un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes ingresados (continuación)</p> <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe emitir una orden por escrito para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si tiene dudas sobre si usted es un paciente ambulatorio o internado, debe consultar al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i> (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números, sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	
<p>Servicios para pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de la salud mental que requieren estadía hospitalaria. Existe un límite de por vida de 190 días para servicios de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL DE EMBLEM (1-888-447-2526 TTY: 711)</p>	<p>Copago de \$0 por cada período de beneficios cubierto por Medicare.</p> <p>Los períodos de beneficios de Medicare no son aplicables. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo “Definiciones de palabras importantes”).</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Estadía como paciente ingresado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente internado sin cobertura</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de paciente internado o si la estadía como paciente internado no resulta razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía como paciente internado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras se encuentra en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como pruebas de laboratorio). • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para prevenir fracturas y dislocaciones. • Aparatos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo), o la función total o parcial de un órgano corporal interno con disfunción permanente, lo que incluye también el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; soportes para hernia; extremidades y ojos artificiales, lo que incluye también los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare por parte de un médico de atención primaria (PCP).</p> <p>Copago de \$0 por cada visita al especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare completados en cualquier ubicación.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados en cualquier ubicación.</p> <p>Copago de \$0 por las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Estadía como paciente ingresado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía como paciente ingresado sin cobertura (continuación)</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	<p>Copago de \$0 por prótesis, órtesis, equipo médico duradero y suministros (vendajes quirúrgicos, férulas, yesos, etc.) cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p>
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio está destinado a personas con diabetes, enfermedad renal (de riñón) (pero sin diálisis) o para aquellos en la etapa posterior a un trasplante de riñón, si así lo ordena el médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación personalizada durante el primer año en que usted recibe servicios de terapia médica de nutrición de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es probable que pueda recibir más horas de tratamiento, con la orden de un médico. Un médico deberá recetar estos servicios y renovar su pedido anualmente si usted sigue necesitando tratamiento para el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para lograr un cambio de conducta con respecto a la salud que brinda capacitación práctica sobre cambios a largo plazo, en la dieta, aumento de la actividad física y estrategias para la resolución de problemas a fin de superar los retos que implica mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por recibir los beneficios del MDPP.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos con receta de Medicare Parte B La Parte B de Original Medicare cubre esos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura para esos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, por lo general, el paciente no se autoadministra y se inyectan o infunden mientras la persona recibe servicios médicos u hospitalarios como paciente ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que se autoadministran por vía inyectable si el paciente tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A al momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si el paciente no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico haya certificado como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el fármaco • Antígenos • Determinados medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas • Determinados medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto contra la heparina si es médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: https://www.emblemhealth.com/resources/pharmacy/medicare-drugs-covered</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en nuestro beneficio de medicamentos con receta Parte B y Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 se explican los beneficios con respecto a los medicamentos con receta Parte D, incluidas las normas que debe cumplir para tener la cobertura de dichas recetas. Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D mediante nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p> <p>Algunos medicamentos pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS MEDICAMENTOS</p>	<p>Copago de \$0 para medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de obesidad y terapia para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. Dicha orientación estará cubierta si se recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Consulte a su médico o proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la detección preventiva y la terapia para la obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el trastorno a través de un Programa de tratamiento para opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, siglas en inglés)• Entrega y administración de medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (si corresponde)• Orientación sobre el uso de sustancias• Terapia individual y grupal• Pruebas de toxicología• Actividades de ingesta• Evaluaciones periódicas	<p>Copago de \$0 por visitas del programa de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios, servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para prevenir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio • Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar los costos por las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario, o bien, usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás componentes de la sangre tienen cobertura a partir de la primera pinta utilizada. <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$0 por cada radiografía cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por suministros para cirugía, férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados en cualquier centro.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios, servicios y suministros terapéuticos (continuación)</p> <p>Para que las pruebas genéticas estén cubiertas usted necesita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • autorización previa por escrito de EmblemHealth; y • orientación genética de parte de un profesional de la salud calificado para formular una recomendación e interpretar los resultados. <p>Las pruebas genéticas que no están cubiertas incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AmServicios de prueba genética molecular y paneles o hibridación fluorescente in situ (FISH, siglas en inglés) no avalados por el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, siglas en inglés), el Colegio Americano de Genética y Genómica Médica (ACMG, siglas en inglés), la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN, siglas en inglés) ni la American Society of Clinical Oncology (ASCO, siglas en inglés). • Los kits de prueba genética molecular disponibles directamente para el consumidor o a través de una receta médica. • La prueba genética molecular que solamente es para el beneficio de otro miembro de la familia. • Pruebas de genética del genoma completo o del exoma completo. • Servicios y paneles de prueba genética molecular no cubiertos de acuerdo con las determinaciones de cobertura nacional (NCD) o determinaciones de cobertura local (LCD) de los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	<p>Copago de \$0 por los servicios de sangre cubiertos por Medicare. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos solo comienza con la cuarta unidad de sangre que se obtiene en un año calendario.</p> <p>Copago de \$0 por cada análisis de diagnóstico cubierto por Medicare completado en cualquier centro.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita al hospital como paciente ambulatorio cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se proporcionan para determinar si usted debe ser admitido como paciente ingresado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proveen por orden de un médico u otra persona autorizada por una ley de otorgación de licencias estatal y por los estatutos del personal del hospital para ingresar pacientes en el hospital o para ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para admitirlo como paciente ingresado en el hospital, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará los importes de participación en los costos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si tiene dudas sobre su condición de paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i> (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números, sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS</p>	<p>Copago de \$0 por atención de observación cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se obtienen en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencia o una clínica para pacientes ambulatorios, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria• Análisis de diagnóstico y de laboratorio facturados por el hospital• Cuidado de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento como paciente internado sin dicha atención <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$0 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Determinados medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse <p>Para que las pruebas genéticas estén cubiertas usted necesita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • autorización previa por escrito de EmblemHealth; y • orientación genética de parte de un profesional de la salud calificado para formular una recomendación e interpretar los resultados. <p>Las pruebas genéticas que no están cubiertas incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AmServicios de prueba genética molecular y paneles o hibridación fluorescente in situ (FISH, siglas en inglés) no avalados por el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, siglas en inglés), el Colegio Americano de Genética y Genómica Médica (ACMG, siglas en inglés), la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN, siglas en inglés) ni la American Society of Clinical Oncology (ASCO, siglas en inglés). • Los kits de prueba genética molecular disponibles directamente para el consumidor o a través de una receta médica. • La prueba genética molecular que solamente es para el beneficio de otro miembro de la familia. • Pruebas de genética del genoma completo o del exoma completo. • Servicios y paneles de prueba genética molecular no cubiertos de acuerdo con las determinaciones de cobertura nacional (NCD) o determinaciones de cobertura local (LCD) de los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para admitirlo como paciente ingresado en el hospital, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará los importes de participación en los costos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si tiene dudas sobre su condición de paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i> (¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!). Esta hoja de datos está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números, sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (continuación)</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS</p>	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado de la salud mental del paciente ambulatorio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (LPC, siglas en inglés), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT, siglas en inglés), personal de enfermería practicante (NP, siglas en inglés), asistente médico (PA, siglas en inglés) u otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <p>Tiene la opción de obtener ciertos servicios a través de una visita presencial o por medio de telesalud con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por medio de telesalud.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL DE EMBLEM (1-888-447-2526 TTY: 711)</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita de cuidado de la salud mental individual cubierta por Medicare a través de telesalud.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita individual de atención psiquiátrica cubierta por Medicare por medio de telesalud.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	<p>Copago de \$0 por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios relacionados al abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios de abuso de sustancias proporcionados por un médico o psiquiatra con matrícula estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un enfermero practicante, un asistente médico u otro profesional de atención médica calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales vigentes.</p> <p>Tiene la opción de obtener ciertos servicios a través de una visita presencial o por medio de telesalud con un proveedor de la red que ofrezca el servicio por medio de telesalud.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL DE EMBLEM (1-888-447-2526 TTY: 711)</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita individual por tratamiento para el abuso de sustancias en pacientes ambulatorios cubierta por Medicare por medio de telesalud.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios</p> <p>En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, su proveedor puede facturarle un copago por separado en concepto de servicios profesionales.</p> <p>Nota: Si usted se somete a una cirugía en un centro hospitalario, debe preguntarle a su proveedor si a usted se lo considerará un paciente ambulatorio o internado. A menos que el proveedor emita una orden por escrito para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará los importes de la participación en los costos por la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita al centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada observación hospitalaria cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos de venta libre (OTC) y artículos relacionados con la salud</p> <p>Como miembro de EmblemHealth VIP Dual, en ciertos condados usted recibe una asignación máxima mensual para la compra de medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados por el plan en los proveedores participantes (tiendas minoristas y pedidos por correo) para uso personal. La lista de artículos aprobados está disponible en nuestro sitio web. Si no gasta su asignación en un mes, el saldo no se traspasará al mes siguiente.</p> <p>Puede utilizar la tarjeta de OTC para medicamentos de venta libre (OTC) en las farmacias y tiendas participantes. Algunos de los medicamentos y artículos de salud que puede comprar con la tarjeta son: antiácidos, analgésicos, remedios para la gripe y la tos, suministros de primeros auxilios, suministros para incontinencia, medias de compresión, humidificadores, etc. Puede usar su tarjeta de OTC para comprar alimentos elegibles, incluidos, entre otros, alimentos no perecederos y productos saludables, como cereales, granos, aves de corral, pan, leche, verduras frescas y frutas.</p> <p>Antes de comprar algunos artículos de “doble propósito”, como vitaminas, minerales, suplementos, reemplazos hormonales, artículos para perder peso y herramientas de diagnóstico (p. ej., monitores de presión arterial), tiene que hablar con su proveedor para asegurarse de que usted necesita estos artículos.</p> <p>La tarjeta para medicamentos de venta libre (OTC) no es una tarjeta de débito ni de crédito, y no se puede convertir en efectivo; tampoco se puede utilizar para comprar medicamentos con receta cubiertos por la Parte B o la Parte D. Este es un beneficio complementario cubierto.</p> <p>Además de usar su tarjeta para medicamentos de venta libre en tiendas minoristas participantes, ahora puede usarla para pedir sus artículos de venta libre cubiertos en línea en http://www.mybenefitscenter.com, llamando al 1-855-858-5940 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., o mediante pedidos por correo completando un formulario de pedido.</p> <p>* Los servicios no se tienen en cuenta para su importe de gasto máximo de bolsillo.</p>	<p>El importe del beneficio mensual en la tarjeta de OTC depende del lugar donde vive.</p> <p><u>Si vive en Albany, Broome, Columbia, Delaware, Dutchess, Greene, Nassau, Orange, Putnam, Rensselaer, Richmond, Rockland, Saratoga, Schenectady, Suffolk, Sullivan, Ulster, Warren, Westchester, Washington:</u> su asignación es de \$60 cada mes.*</p> <p><u>Si vive en el Bronx, Kinds, Nueva York, Queens:</u> la asignación para artículos de venta libre no está cubierta.</p> <p>Este importe no se transfiere de mes a mes y vencerá al final de cada mes.</p>



Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos ambulatorios</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro de la salud mental comunitario que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y que es una alternativa para la estadía como paciente ingresado.</p> <p>El servicio intensivo ambulatorio es un programa estructurado de terapia de salud conductual (mental) activo que se proporciona en un departamento ambulatorio hospitalario, un centro de la salud mental comunitario, un centro de salud federalmente calificado o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL DE EMBLEM (1-888-447-2526, TTY: 711)</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios intensivos ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o atención médica necesarios desde el punto de vista médico, proporcionados en un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o en cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por un especialista, si su médico lo solicita para determinar si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidas las visitas al médico de atención primaria, las visitas a especialistas, las visitas de salud mental individuales, las visitas psiquiátricas individuales, la rehabilitación cardíaca y las visitas de atención por abuso de sustancias individuales. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita presencial o por medio de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Su proveedor debe usar un sistema de telecomunicaciones de audio y video interactivo que le permita obtener comunicación en tiempo real entre usted y su proveedor. Su proveedor puede pedirle que se registre y use su portal seguro para pacientes para obtener los servicios cubiertos de telesalud. <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita al médico de atención primaria (PCP) cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita al especialista cubierta por Medicare.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Algunos servicios de telesalud, incluida consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional para pacientes en ciertas zonas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare. (continuación) <p>(continúa en la siguiente página)</p>	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciben diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal basado en un hospital o de acceso crítico basado en un hospital, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación o tratamiento de síntomas de un derrame, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental en las siguientes circunstancias: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene una visita presencial dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud. ○ Usted tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud con calificación federal • Revisiones virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La revisión no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La revisión no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más prontamente disponible. • Evaluación de los videos y/o las imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más prontamente disponible • La consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de una fractura de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes como preparación de la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los proporciona un médico) 	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón en el talón) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>Los servicios suplementarios cubiertos incluyen lo siguiente: El beneficio de podología de rutina incluye la eliminación de callos y corte de uñas. Se limita a cuatro visitas por año.</p>	<p>Copago de \$0 por los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita suplementaria de podología de rutina (hasta 4 visitas de rutina por año calendario).</p>
<p> Exámenes de chequeo de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente (una vez cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba del antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual del PSA.</p>
<p>Aparatos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Aparatos (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial una parte del cuerpo o una función corporal. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis de mama (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con aparatos protésicos y la reparación o el reemplazo de aparatos protésicos. También incluye cierta cobertura después de la eliminación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte Atención de la vista más adelante en esta sección para obtener información detallada.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SUMINISTROS/APARATOS</p>	<p>Copago de \$0 por los aparatos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para los miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	<p>Copago de \$0 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>
<p>Tecnologías de acceso remoto.</p> <p>Línea directa de enfermería: Servicio las 24 horas, los 7 días de la semana. Los miembros pueden hablar de manera confidencial y personalizada con un profesional de enfermería registrado, en cualquier momento. El profesional de enfermería está capacitado para brindar orientación telefónica y apoyo clínico con respecto a preguntas y cuestiones cotidianas de salud. El número telefónico es 1-877-444-7988 TTY: 711.</p> <p>*Teladoc®: Use su teléfono, computadora o aparato móvil para obtener atención de un médico para afecciones no urgentes como gripe, bronquitis, alergias, artritis y otras. Este servicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Recibirá información adicional e instrucciones para el registro de parte de Teladoc®. También puede obtener información llamando al 1-800-835-2362 (1-800-TELADOC) (TTY: 1-855-636-1578) o visitando www.teladoc.com/emblemhealth</p> <p>*Los servicios no computan para su importe de gasto máximo de bolsillo.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos de Línea directa de enfermería.*</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de Teladoc cubierto.*</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección y orientación para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección de abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que toman alcohol en exceso, pero no son alcohólicos.</p> <p>Si la detección da positivo por abuso de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones breves de orientación personal por año (si es competente y está alerta durante la orientación), proporcionadas por un proveedor médico o un médico de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por recibir el beneficio preventivo de detección y orientación cubierto por Medicare para disminuir el abuso del alcohol.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT, siglas en inglés)</p> <p>Las personas elegibles tienen cobertura de una tomografía computada de baja dosis de radiación (LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen historia de tabaquismo de al menos 1 paquete de cigarrillos por día durante 20 años y actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años. Reciben una orden por escrito para LDCT durante una visita de detección, orientación y toma de decisión compartida sobre el cáncer de pulmón, la cual cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y sea proporcionada por un médico o un proveedor no médico calificado.</p> <p><i>Para los exámenes de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de la detección inicial con LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para el examen de detección del cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionarse durante cualquiera de las visitas correspondientes con un médico o un proveedor no médico calificado. Si un médico o un proveedor no médico calificado opta por ofrecer una visita de detección, orientación y toma de decisión compartida sobre cáncer de pulmón para los siguientes exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de orientación y toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare, ni por la LDCT.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, siglas en inglés) y orientación para prevenirlas</p> <p>Cubrimos los exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS), a saber, clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes tienen cobertura para mujeres embarazadas y determinadas personas con mayor riesgo de contraer una ITS, si los solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos dichas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones particulares personalizadas de orientación conductual intensiva de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ETS. Solo cubriremos dichas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de cuidados primarios y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como por ejemplo un consultorio médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por recibir el beneficio preventivo de detección de ITS y orientación sobre ITS cubierto por Medicare.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar el cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas con respecto a su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV, si son derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal durante la vida del paciente. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis que se encuentren temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es considerado como paciente internado en un hospital para recibir cuidados especiales) • Capacitación sobre autodiálisis (incluye capacitación para usted y aquella persona que lo ayude con su tratamiento de diálisis domiciliaria) • Equipos y suministros para diálisis domiciliaria • Determinados servicios de apoyo a domicilio (tales como, según sea necesario, visitas del personal de diálisis capacitado para controlar su diálisis domiciliaria, ayudarlo en casos de urgencia y verificar el equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con receta de Medicare Parte B.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de educación sobre enfermedad renal cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada tratamiento de diálisis, equipos, suministros y servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare.</p>



Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de atención en centro de enfermería especializada [SNF, siglas en inglés]).</p> <p>Usted está cubierto hasta por 100 días en un centro de enfermería especializada para servicios para pacientes ingresados cubiertos por Medicare en cada período de beneficios. No es necesaria una estadía hospitalaria previa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario médicamente)• Comidas, incluidas las dietas especiales• Servicios de enfermería especializada• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p> <p>(continúa en la siguiente página)</p>	<p>Copago de \$0 para los días 1 a 100 cubiertos por Medicare.</p> <p>Un período de beneficios comienza el día en que usted es considerado como un paciente ingresado en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina si usted no ha recibido atención hospitalaria ni atención especializada como paciente ingresado en un SNF durante 60 días consecutivos. Si vuelve a ingresar en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finalice un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza solo a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar el costo de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los demás componentes de la sangre tienen cobertura a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados habitualmente por los SNF. • Análisis de laboratorio efectuados habitualmente por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología brindados habitualmente por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, suministrados habitualmente por los SNF • Servicios de médicos/proveedores médicos <p>Por lo general, recibirá atención del SNF en los centros de la red. Sin embargo, en circunstancias específicas que se detallan a continuación, es posible que pueda recibir atención de un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los importes de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o un centro comunitario de atención continua para jubilados donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que brinde la atención del centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedad relacionada con el tabaquismo:</u> Cubrimos dos sesiones de orientación para intentar dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaquismo o está tomando medicamentos cuyo efecto puede verse afectado por el tabaquismo:</u> Cubrimos servicios de orientación para que abandone el tabaquismo. Cubrimos dos sesiones de orientación para intentar dejar de fumar en un plazo de 12 meses; sin embargo, usted pagará la participación en los costos correspondiente. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para abandonar el tabaquismo y el uso del tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</p> <p>La terapia de ejercicio supervisado (SET, siglas en inglés) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad de las arterias periféricas (PAD, siglas en inglés) sintomática y un referido para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>La cobertura abarca hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30-60 minutos de duración, que incluyan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para EAP en pacientes con claudicación. • Ejecutarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico. • Ser llevado a cabo por personal auxiliar calificado y capacitado en terapia de ejercicio para EAP, a fin de garantizar que los beneficios superen los daños. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica, quien deberá estar capacitado en técnicas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <p>La cobertura de la SET puede extenderse por más de 36 sesiones durante 12 semanas, con 36 sesiones adicionales durante un período más prolongado, si un proveedor de atención médica lo considera necesario médicamente.</p> <p>SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA</p>	<p>Copago de \$0 por cada sesión de terapia de ejercicio supervisado (SET) cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios urgentemente necesarios</p> <p>Se proporcionan servicios urgentemente necesarios para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, cuando, debido a sus circunstancias, no sea posible, o sea irrazonable, obtener servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente y médicamente necesarios. Se producen ejemplos de servicios urgentemente necesarios que el plan debe cubrir fuera de la red si: Usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y requiere servicios inmediatos médicamente necesarios por una afección imprevista, pero no es una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red. La participación en los costos para los servicios urgentemente necesarios suministrados fuera de la red es la misma que para los servicios suministrados dentro de la red.</p> <p>Usted tiene cobertura por servicios urgentemente necesarios en todo el mundo.</p> <p>* Los servicios no se tienen en cuenta para su importe de gasto máximo de bolsillo.</p>	<p>Copago de \$0 por visita para los servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios urgentemente necesarios en todo el mundo, fuera de Estados Unidos y sus territorios.*</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos destinados a pacientes ambulatorios 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 los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para el uso de anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: aquellos con historia familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos a partir de los 50 años e hispanoamericanos a partir de los 65 años • Las personas con diabetes tienen cobertura para el examen de detección de retinopatía diabética una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no podrá conservar el beneficio luego de la primera cirugía ni comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). • Los servicios suplementarios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ *Un examen ocular de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto por año. ○ Un par de anteojos o lentes de contacto cada dos años. • *Asignación aplicable para: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anteojos (armazón y lentes), o ○ Lentes de anteojos solamente, o ○ Armazones de anteojos solamente, o ○ Lentes de contacto en lugar de anteojos <p>Solo están cubiertos los armazones y lentes básicos cubiertos por Medicare.</p> <p>El examen ocular de rutina y los accesorios para la vista de rutina deben ser provistos por proveedores participantes de EyeMed®. Para obtener una lista completa de optometristas, ópticos y proveedores de accesorios para la vista que participan con su plan, llame a EyeMed® al 1-844-790-3878, TTY: 711, o visite emblemhealth.com/medicare.</p> <p>* Los servicios no se tienen en cuenta para su importe de gasto máximo de bolsillo.</p>	<p>Copago de \$0 por los beneficios cubiertos por Medicare, incluidos el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos (incluida la retinopatía diabética)</p> <p>Copago de \$0 por examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare cada año.</p> <p>Copago de \$0 por cada examen de la vista de rutina (uno por año calendario).*</p> <p>Copago de \$0 por accesorios para la vista cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Los accesorios para la vista se deben obtener en un plazo de 12 meses a partir de la cirugía de cataratas.</p> <p>Nuestro plan cubre una asignación* de hasta \$300 cada dos años para accesorios para la vista.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita preventiva de Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de Bienvenido a Medicare. La visita incluye una revisión para controlar su salud, así como también capacitación y orientación sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidos determinados exámenes de detección y vacunas), además de referidos para recibir otro tipo de atención, según sea necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de Bienvenido a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses de tener Medicare Parte B. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su visita preventiva de Bienvenido a Medicare.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de Bienvenido a Medicare.</p>
<p> Bienestar y planificación de atención médica, incluida la planificación de atención avanzada</p> <p>Cubrimos la planificación de bienestar y cuidado de salud, específicamente los servicios para brindarle apoyo en la planificación de atención anticipada (es decir, tomar decisiones sobre el tipo de atención que desea recibir cuando no puede tomar decisiones por su cuenta). Todos los miembros tienen acceso a estos servicios, independientemente de su afección médica. Estos servicios son voluntarios (no está obligado a participar).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta/creación del Plan de atención anticipada con su médico de atención primaria • Acceso a una plataforma digital para ayudarlo a crear planes de atención anticipada por su cuenta o con sus seres queridos 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la “Planificación de bienestar y cuidado de salud, incluida la Planificación de atención anticipada”.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera del plan EmblemHealth VIP Dual?

Sección 3.1 Servicios <i>no</i> cubiertos por EmblemHealth VIP Dual
--

A los miembros que califican para Medicare y Medicaid se los conoce como miembros de “doble elegibilidad”. Como miembro de doble elegibilidad, usted es elegible para recibir los beneficios tanto del programa de Medicare como del programa de Medicaid del Estado Nueva York. En la Sección 2.1, se detallan los beneficios complementarios y de Original Medicare que usted recibe como miembro de este plan.

Los beneficios de Medicaid adicionales que usted reciba pueden variar según sus ingresos y recursos. Con la ayuda de Medicaid, algunos miembros de doble elegibilidad no tienen que pagar ciertos costos de Medicare. Las categorías de beneficios de Medicaid y el tipo de asistencia prestada por nuestro plan son:

- **Beneficio completo de doble elegibilidad (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Pago de sus primas de Medicare Parte B y, en algunos casos, de las primas de Medicare Parte A, y beneficios completos de Medicaid.
- **QMB con beneficios adicionales:** Pago de sus primas de Medicare Parte A y Parte B, deducibles, costo compartido (con excepción de los copagos de la Parte D) y beneficios completos de Medicaid.

Si usted pertenece a QMB-Plus, paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare, con excepción de los copagos para medicamentos con receta Parte D. Sin embargo, si usted no pertenece a QMB-Plus, pero califica para los beneficios completos de Medicaid, es posible que deba realizar algún copago, pagar coseguros y deducibles, según los beneficios de Medicaid que usted tenga.

El siguiente cuadro enumera los servicios disponibles de Medicaid para las personas que califican para los beneficios completos de Medicaid. Es importante comprender que los beneficios de Medicaid pueden variar según su nivel de ingresos y otros estándares. Además, sus beneficios de Medicaid pueden cambiar a lo largo del año. Según su estado actual, es posible que usted no califique para todos los beneficios de Medicaid.

Sin embargo, mientras sea miembro de nuestro plan, puede acceder a los beneficios del plan, independientemente de su estado en Medicaid. Los residentes de la ciudad de Nueva York deben comunicarse con la Administración de Recursos Humanos de la ciudad de Nueva York llamando al 1-877-472-8411 para obtener la información más actualizada y precisa relacionada con su elegibilidad y con los beneficios. Las personas que residen fuera de la ciudad de Nueva York deben comunicarse con su Departamento Local de Servicios Sociales para obtener esta información. Para obtener asistencia adicional, también puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364**, TTY 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de ambulancia	Medicaid cubre el coseguro por los servicios de ambulancia, de modo que usted paga \$0.
Servicios de residencia para crisis	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren servicios de residencia para crisis en un centro y residencia ante crisis intensiva.
Diálisis (riñón)	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren el coseguro por diálisis renal, de modo que usted paga \$0.
Equipos médicos duraderos y suministros relacionados	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren el coseguro por los equipos médicos duraderos y suministros, de modo que usted paga \$0. Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren el equipo médico duradero, incluidos los aparatos y equipos que no sean suministros quirúrgicos/médicos, fórmula enteral y aparatos protésicos u ortopédicos con las siguientes características: pueden soportar un uso repetido por un período prolongado; se usan principalmente y habitualmente por motivos médicos; generalmente no son útiles para una persona sana o sin lesiones ni enfermedades; y generalmente están diseñados o adaptados para que los use una persona en particular. Debe ser ordenado por un médico.
Atención de emergencia	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren el coseguro por cada visita a la sala de emergencia, de modo que usted paga \$0.
Servicios de audición	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren los productos y servicios de audición cuando sean médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por la pérdida o deficiencia de la audición. Los servicios incluyen selección, adaptación y entrega de audífonos; controles de audífonos después de la entrega, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos; servicios de audiología que incluyen exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos; y productos para los problemas de audición, incluidos audífonos, moldes para oído, accesorios especiales y repuestos.
Comidas entregadas a domicilio	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren servicios diseñados individualmente que proporcionan comidas a personas que están en transición desde el Programa de Cuidado de salud en el hogar a largo plazo de Medicaid (Medicaid Long Term Home Health Care Program, LTHHCP) que no pueden preparar u obtener comidas nutricionalmente adecuadas para sí mismos, o cuando la provisión de dichas comidas disminuirá la necesidad de apoyos más costosos para proporcionar la preparación de comidas en el domicilio.

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Agencia de cuidado de la salud en el hogar	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren los servicios de salud en el hogar médicamente necesarios e incluyen servicios adicionales de salud en el hogar no cubiertos por Medicare (p. ej., terapeutas físicos para supervisar el programa de mantenimiento para pacientes que hayan alcanzado su potencial máximo de recuperación o profesional de enfermería para el llenado previo de jeringas para enfermos de diabetes discapacitados).
Atención hospitalaria para pacientes internados: aguda	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren días adicionales no cubiertos por Medicare y coseguro por servicios de atención hospitalaria para pacientes internados, de modo que usted paga \$0.
Cuidado de la salud mental del paciente ingresado	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren todos los servicios de salud mental de los pacientes ingresados, incluidas las internaciones voluntarias e involuntarias para recibir servicios de salud mental que sean médicamente necesarios, más allá del límite de por vida de 190 días que ofrece Medicare, de modo que usted paga \$0.
Servicios cubiertos por Medicaid	Si está inscrito en el plan VIP Dual y EmblemHealth Enhanced Care o Enhanced Care Plus, EmblemHealth cubrirá los servicios cubiertos por Medicaid. Para obtener más información sobre los servicios de Medicaid cubiertos por EmblemHealth, consulte su Manual del miembro.
Servicios médicos sociales	Medicaid y Enhanced Care cubren servicios médicos sociales que incluyen evaluar la necesidad de coordinar y proporcionar asistencia para problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un paciente en el hogar, donde los servicios son prestados por un trabajador social calificado y dentro de un plan de cuidado para personas que están en transición desde el Programa de Cuidado de salud en el hogar a largo plazo de Medicaid (LTHHCP).
Análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios, servicios y suministros terapéuticos	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren el coseguro por radiografías, radiología terapéutica y de diagnóstico, y suministros médicos y quirúrgicos, de modo que usted paga \$0.
Cuidado de la salud mental del paciente ambulatorio	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren el coseguro por cada visita de terapia grupal o individual cubierta por Medicare, de modo que usted paga \$0.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren el coseguro por servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios, de modo que usted paga \$0.
Servicios relacionados al abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren el coseguro por cada visita de terapia grupal o individual cubierta por Medicare, de modo que usted paga \$0.

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Cirugía de pacientes ambulatorios	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren el coseguro para visitas a centros quirúrgicos ambulatorios y hospitales para pacientes ambulatorios, de modo que usted paga \$0.
Aparatos protésicos, suministros médicos y quirúrgicos, fórmula enteral y parenteral	<p>Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren el coseguro por aparatos protésicos y suministros relacionados, de modo que usted paga \$0. Medicaid cubre prótesis, aparatos ortopédicos y calzado ortopédico. Estos artículos, por lo general, se consideran artículos de un solo uso que habitualmente tienen cobertura bajo la categoría de equipos médicos duraderos del cargo por servicio de Medicaid. La cobertura de suplementos nutricionales y fórmula enteral está limitada a la cobertura solamente para alimentación por sonda nasogástrica, yeyunostomía o por sonda de alimentación por gastrostomía. La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita a las personas que no pueden obtener nutrición por ningún otro medio, y a las siguientes tres condiciones: 1) personas alimentadas por sonda y que no pueden masticar ni tragar alimentos y deben nutrirse con fórmulas a través de una sonda, 2) personas con trastornos metabólicos congénitos inusuales que necesitan fórmulas médicas específicas para obtener los nutrientes esenciales que no están disponibles por ningún otro medio, y 3) niños que necesitan fórmulas médicas debido a factores mitigantes del crecimiento y el desarrollo. La cobertura de determinadas enfermedades hereditarias del metabolismo de los aminoácidos y los ácidos orgánicos incluirá productos alimenticios sólidos modificados que son bajos en proteínas o que contienen proteína modificada. Como miembro de doble elegibilidad, es posible que tenga derecho a aparatos adicionales de prótesis, ortesis y zapatos ortopédicos cubiertos por Medicaid.</p> <p>Los calzados de receta cubiertos por Medicaid están limitados al tratamiento de la diabetes o a los casos en los que un zapato es parte de un aparato ortopédico para la pierna, o a aquellos casos en los que las personas menores de 21 años tienen complicaciones en los pies. Medicaid limita las medias de soporte y compresión únicamente a las que están cubiertas por Medicaid o bien a las necesarias para el embarazo o tratamiento de úlceras por insuficiencia venosa.</p>
Transporte de rutina	Medicaid cubre el transporte básico para personas inscritas para obtener atención y servicios médicos necesarios según los beneficios del plan o del cargo por servicio de Medicaid. Incluye transporte para discapacitados, taxi, transporte público u otros medios adecuados para la condición médica de la persona inscrita y un asistente de transporte para acompañar a la persona, si es necesario.

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención en un Centro de enfermería especializada (SNF)	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren los copagos del Centro de enfermería especializada (SNF), de modo que usted paga \$0. Para atención en un centro de enfermería especializada (SNF), Medicaid cubre días adicionales más allá del límite de 100 días definido por Medicare, conforme resulte médicamente necesario.
Atención urgentemente necesaria	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren el coseguro por atención urgentemente necesaria, de modo que usted paga \$0.

Los siguientes servicios no están cubiertos por EmblemHealth VIP Dual, pero están disponibles a través de Medicaid y pueden estar cubiertos por EmblemHealth Enhanced Care o EmblemHealth Enhanced Care Plus:

Servicios cubiertos por Medicaid	Detalles adicionales
Servicios diurnos de cuidado de la salud para adultos	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren los servicios diurnos de atención médica para adultos prestados en un centro residencial de cuidado de la salud o en una ubicación de extensión aprobada bajo la dirección médica de un médico. Los servicios diurnos de cuidado de la salud para adultos incluyen los siguientes servicios: servicios médicos, sociales, de enfermería, de alimentación y nutrición, terapia de rehabilitación, actividades recreativas que conforman un programa planificado de diversas actividades, servicios odontológicos, farmacéuticos y otros servicios auxiliares.
Servicios diurnos de cuidado de la salud para adultos con sida	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren los programas diurnos de atención médica para adultos (Adult Day Health Care Programs, ADHCP), la atención diseñada para brindar asistencia a personas que tienen VIH, con el fin de ayudarlas a vivir de forma más independiente en la comunidad o eliminar la necesidad de servicios residenciales de cuidado de la salud.
Programa de vivienda asistida	Medicaid cubre los servicios de cuidado personal, tareas del hogar, supervisión, asistentes de salud a domicilio, respuesta a emergencias personales, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, suministros y equipos médicos, una variedad de servicios de salud a domicilio y los servicios de administración de casos de una enfermera profesional registrada. Servicios provistos en un hogar para adultos o en un entorno de vivienda enriquecido.
Servicios de salud conductual comunitarios y en el hogar (BHHCBS)	Medicaid y Enhanced Care Plus cubren lo siguiente: Servicios de habilitación • Relevo de crisis a corto plazo • Relevo de crisis intensiva • Servicios de apoyo educativo • Servicios prevocacionales • Servicios de empleo de transición • Servicios de empleo intensivo respaldado • Servicios de empleo con apoyo continuo • Transporte no médico.

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

Servicios cubiertos por Medicaid	Detalles adicionales
Servicios de salud conductual comunitarios y en el hogar (BH HCBS)	Medicaid y Enhanced Care Plus cubren lo siguiente: Rehabilitación psicosocial (PSR, siglas en inglés) • Tratamiento y apoyo psiquiátrico comunitario (CPST, siglas en inglés), servicios de empoderamiento-apoyo de pares • Soporte y capacitación familiar (FST, siglas en inglés)
Determinados servicios de salud mental	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren los siguientes servicios de salud mental: • programas de tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica • tratamiento diurno • tratamiento diurno continuado • salud mental de paciente ambulatorio • servicios de intervención en crisis • hospitalizaciones parciales • tratamiento comunitario asertivo (Assertive Community Treatment, ACT) • servicios personalizados orientados a la recuperación (Personalized Recovery Oriented Services, PROS)
Administración integral de casos de Medicaid	Medicaid cubre la administración integral de casos de Medicaid (comprehensive Medicaid case management, CMCM), que brinda servicios de derivación de administración de casos a “trabajadores sociales” a una población específica de pacientes. El administrador de casos CMCM ayuda al cliente a acceder a los servicios necesarios, de conformidad con las metas indicadas en un plan de administración de casos por escrito.
Servicios de intervención en crisis	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren los servicios de asistentes de salud a domicilio o tareas especializadas de enfermería a cargo de un asistente personal dirigido al consumidor bajo las órdenes, la supervisión y la dirección del miembro de Medicaid o su representante designado.
Atención dental	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren servicios de atención preventiva, profiláctica y demás cuidados dentales, servicios, suministros, exámenes de rutina, profilaxis, cirugía oral (cuando no está cubierta por Medicare), y aparatos dentales protésicos y ortopédicos necesarios para aliviar una afección grave, incluidas aquellas que afectan la capacidad para trabajar.
Terapia de observación directa para la tuberculosis (TB)	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren la terapia de observación directa para la tuberculosis (directly observed therapy, DOT) (TB/DOT), que consiste en la observación directa de la ingesta oral de medicamentos para la TB, con el objeto de garantizar que el paciente cumpla con el régimen de medicamentos recetado por el médico.
Beneficios de farmacia de Medicaid	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren categorías de medicamentos seleccionados que están excluidos del beneficio de Medicare Parte D. Para obtener una lista completa de los medicamentos reembolsables de Medicaid, visite www.emedny.org/info/formfile.aspx .

Servicios cubiertos por Medicaid	Detalles adicionales
Programas de tratamiento de mantenimiento con metadona (methadone maintenance treatment programs, MMTP)	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren los programas MMTP, que consisten en servicios de desintoxicación de drogas, orientación sobre la drogadicción y rehabilitación, que incluyen el control químico con metadona.
Nutrición	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren la evaluación de las necesidades nutricionales y los regímenes alimenticios, o la planificación de la provisión de alimentos y bebidas que sean adecuados para las necesidades médicas y físicas de la persona y las condiciones de su entorno, o la provisión de educación y orientación sobre nutrición para satisfacer las necesidades normales y terapéuticas. Asimismo, estos servicios pueden incluir la evaluación del estado nutricional y de las preferencias alimenticias, la planificación para la provisión de una ingesta dietética apropiada dentro del entorno del hogar del paciente y sus consideraciones culturales, la educación nutricional sobre dietas terapéuticas como parte del ámbito del tratamiento, el desarrollo de un plan de tratamiento nutricional, la revisión y la evaluación regular de los planes nutricionales, la provisión de educación en el servicio al personal de la agencia de salud, así como la consultoría sobre problemas específicos de la dieta de los pacientes y la capacitación sobre nutrición a los pacientes y sus familias. Estos servicios los debe proporcionar un nutricionista calificado.
Servicios de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD)	Medicaid cubre los siguientes servicios de OPWDD: • servicios de terapia a largo plazo proporcionados por centros de tratamiento clínico del artículo 16 o centros del artículo 28 • tratamiento diurno • coordinación de servicios de Medicaid (Medicaid Service Coordination, MSC) • servicios proporcionados a través del Programa de atención en el hogar (OPWDD).
Servicios de cuidado personal (personal care services, PCS)	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren servicios de cuidado personal (Personal Care Services, PCS), que comprenden la provisión de asistencia parcial o total para la higiene personal, vestirse y alimentarse, y apoyo nutricional y ambiental (preparación de comidas y tareas del hogar). Los servicios de cuidado personal deben ser médicamente necesarios, los debe ordenar un médico y los debe prestar una persona calificada de conformidad con un plan de atención.

Servicios cubiertos por Medicaid	Detalles adicionales
Servicios de respuesta a emergencias personales (personal emergency response services, PERS)	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren los aparatos electrónicos que les permiten a determinados pacientes de alto riesgo recibir ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental. En la actualidad, existe una variedad de sistemas de alerta electrónica que emplean diferentes aparatos que envían señales. Estos sistemas, por lo general, están conectados al teléfono del paciente y envían una señal a un centro de respuesta cuando se activa el botón “ayuda”. En caso de emergencia, el centro de respuesta recibe la señal y actúa en consecuencia.
Servicios de enfermería privada	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren los servicios de enfermería privada médicamente necesarios de acuerdo con el plan de tratamiento por escrito del médico solicitante, el asistente médico registrado o el profesional de enfermería certificado.
Servicios de rehabilitación proporcionados a los residentes de Residencias de la comunidad autorizadas (community residences, CR) por OMH y Programas de tratamiento basados en la familia.	Medicaid cubre los servicios de rehabilitación proporcionados a los residentes de residencias comunitarias (community residence, CR) autorizadas por la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH) y programas de tratamiento basados en la familia.
Servicios en centro residencial de cuidado de salud (hogar de ancianos) (Residential Health Care Facility, RHCF)	Medicaid y Enhanced Care cubren servicios de hogar de ancianos para pacientes internados que sean médicamente necesarios, incluida la supervisión médica, atención de enfermería las veinticuatro (24) horas del día, asistencia con las actividades de la vida diaria, fisioterapia, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y otros servicios según se especifica en las leyes y reglamentaciones de salud del estado de Nueva York para centros de atención médica residenciales y centros de enfermería para el SIDA.
Terapia respiratoria	Medicaid cubre la realización de técnicas y procedimientos de prevención, mantenimiento y rehabilitación relacionados con las vías respiratorias, incluida la aplicación de gases médicos, humedad, aerosoles, presión positiva intermitente, ventilación artificial continua, la administración de medicamentos a través de la inhalación y el control de las vías respiratorias, el cuidado del paciente, la instrucción del paciente y la facilitación de consultas con otro personal de la salud.
Transporte de rutina	Medicaid cubre el transporte médicamente necesario que no sea de emergencia.

Servicios cubiertos por Medicaid	Detalles adicionales
Servicios para trastorno de abuso de sustancias	Medicaid, Enhanced Care and Enhanced Care Plus cubren el tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias (alcohol y drogas) para pacientes hospitalizados y ambulatorios; servicios de desintoxicación para pacientes hospitalizados; opioides, incluido el tratamiento de mantenimiento con metadona; tratamiento residencial para el trastorno de abuso de sustancias; servicios de tratamiento de alcohol y drogas para pacientes ambulatorios; servicios de desintoxicación.
Servicios de la visión	Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus cubren los servicios de optometristas, oftalmólogos y ópticas, incluidos los anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (estándar o a medida), servicios de la visión y accesorios para la visión deficiente. La cobertura también incluye reparación o repuestos. La cobertura también incluye exámenes de diagnóstico y tratamiento para defectos de la visión o enfermedades oculares. Los exámenes de refracción se deben realizar cada dos (2) años, a menos que su realización se justifique como médicamente necesaria. Los anteojos se pueden cambiar cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o que se pierdan, dañen o destruyan.

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

Sección 4.1 Servicios no cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos.

En la siguiente tabla se incluyen los servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia o que están cubiertos por el plan solamente en circunstancias específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (sin cobertura), deberá pagarlos usted, excepto en las circunstancias específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos seguirán sin cobertura y nuestro plan no los pagará. Única excepción: pagaremos si se determina, luego de una apelación, que un servicio es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto dada su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado para no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este documento).

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos la acupuntura limitada para afecciones que no sean dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Con cobertura en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro malformado del cuerpo. • Con cobertura en todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como también de la mama no afectada, para lograr una apariencia simétrica.
<p>Atención de custodia</p> <p>La atención de custodia es el cuidado personalizado que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención brindada para ayudarlo con actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.</p>		<p>La atención de custodia está cubierta por Medicaid y Enhanced Care.</p>
<p>Medicamentos, intervenciones y equipos médicos y quirúrgicos experimentales</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare considera como no aceptados habitualmente por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que tengan la cobertura de Original Medicare en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
Tarifas cobradas en concepto de atención por sus familiares inmediatos o integrantes de su hogar	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	
Atención domiciliaria de enfermería a tiempo completo		<ul style="list-style-type: none"> • Puede estar cubierta por Medicaid, Enhanced Care y Enhanced Care Plus.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Comidas entregadas a domicilio		<ul style="list-style-type: none"> Las comidas entregadas a domicilio pueden estar cubiertas por Medicaid y Enhanced Care.
Los servicios de tareas domésticas, incluidos asistencia básica en el hogar, como por ejemplo, tareas simples de limpieza o la preparación de comidas simples.	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	
Servicios de naturopatía (utilizando tratamientos naturales o alternativos)	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	
Atención dental que no sea de rutina		<ul style="list-style-type: none"> Es posible que la atención dental necesaria para el tratamiento de enfermedades o lesiones esté cubierta como cuidado del paciente ingresado o cuidado del paciente ambulatorio.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de soporte para los pies		<ul style="list-style-type: none"> Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación de hospital o en un centro de enfermería especializada, tales como teléfono o televisor	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> Con cobertura solo si resulta necesario médicamente.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	
Atención quiropráctica de rutina		<ul style="list-style-type: none"> La manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación tiene cobertura.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas		<ul style="list-style-type: none"> • Medicare no cubre la atención dental de rutina, como limpiezas. Nuestro plan cubre servicios dentales adicionales como se especifica en la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 de este capítulo.
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para personas con visión deficiente		<ul style="list-style-type: none"> • Los exámenes oculares y un par de anteojos (o lentes de contacto) tienen cobertura para aquellas personas que se sometieron a una cirugía de cataratas.
Cuidado de rutina de los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Se proporciona cierta cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes). (Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 bajo “Servicios de podología”).
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para ajustar audífonos		<ul style="list-style-type: none"> • Algunos tipos de atención de la audición de rutina están cubiertos. (Consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos, en “Servicios de audición”)
Servicios considerados no razonables ni necesarios según los estándares de Original Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	

Exclusiones y limitaciones de los servicios dentales

1. Los procedimientos, las técnicas y los servicios experimentales o de investigación, según lo determine el plan, no están cubiertos.
2. No están cubiertos los procedimientos para alterar la dimensión vertical (altura de la mordida de acuerdo con la posición en descanso de la mandíbula) que incluyen, entre otros, las dentinas oclusales (de mordida) y cualquier procedimiento para modificar la dimensión vertical, como aplicaciones de yeso periodontal (aplicaciones usadas para entablillar o adherir varios dientes juntos) y restauraciones (empastes, coronas, prótesis, etc.).

3. Los servicios o suministros en relación con cualquier prótesis o aplicación duplicada o de reemplazo no están cubiertos.
4. Las restauraciones que sean principalmente cosméticas de naturaleza, que incluyen, entre otros, carillas laminadas, no están cubiertas.
5. La restauración de la estructura dental perdida por deserción o abrasión no está cubierta.
6. El blanqueamiento dental no está cubierto.
7. Los injertos óseos no están cubiertos.
8. Las dentaduras postizas o prótesis adjuntas personalizadas o de precisión, o técnicas especializadas, incluido el uso de arreglos de prótesis dentales, en donde una dentadura parcial extraíble diseñada de sujetador convencional restauraría el arco no están cubiertas.
9. La anestesia que no sea de sedación profunda o la sedación intravenosa moderada no están cubiertas. La inhalación de óxido nitroso y la sedación consciente no intravenosa (incluida, entre otras, la sedación oral e intramuscular) no están cubiertas.
10. Los cargos por duplicado no están cubiertos.
11. Los servicios incurridos antes de la fecha de entrada en vigor de cobertura no están cubiertos.
12. Los servicios incurridos después de la cancelación o finalización de la cobertura no están cubiertos.
13. Los servicios o suministros que no sean necesarios desde el punto de vista dental de acuerdo con los estándares aceptados de la práctica dental no están cubiertos.
14. Los servicios que estén incompletos o no se presten al paciente no están cubiertos.
15. Los servicios como traumatismo que en general se proporcionan bajo cobertura quirúrgica médica o servicios necesarios como consecuencia de un accidente de vehículo motorizado o accidente de responsabilidad de propiedad no están cubiertos.
16. Los servicios realizados en donde existe un procedimiento equivalente desde el punto de vista clínico y más barato no están cubiertos. Sin embargo, los beneficios pagaderos a continuación se realizarán solamente por el porcentaje correspondiente del curso de tratamiento menos costoso y realizado con mayor frecuencia, y el balance del costo del tratamiento restante la responsabilidad de pago del miembro elegible. Esta exclusión no se aplica a coronas, dentaduras postizas ni dentaduras postizas parciales fijas.
17. Más de una evaluación oral clínica cada seis (6) meses no está cubierta.

18. Más de un procedimiento de profilaxis (limpieza) o mantenimiento periodontal cada seis (6) meses no está cubierto. No se permite un procedimiento de mantenimiento periodontal ni una profilaxis dentro del mismo período de seis meses. En ausencia de un historial de reclamaciones pagadas para la terapia periodontal integral, los procedimientos de mantenimiento periodontal no están cubiertos.
19. Más de una serie de radiografías de boca completa cada treinta y seis (36) meses no está cubierta.
20. Más de una serie de radiografías de aleta de mordida cada seis (6) meses no está cubierta.
21. Más de un tratamiento con fluoruro cada seis (6) meses no está cubierto.
22. Se incluyen en el servicio ajustes o reparaciones en dentaduras postizas realizadas en el plazo de seis (6) meses de la instalación de la dentadura postiza.
23. Más de una reparación de dentadura postiza por arco cada doce (12) meses no está cubierta.
24. Los servicios o suministros en relación con el yeso periodontal (adhesión de varios dientes junto) no están cubiertos.
25. Los costos del reemplazo de una dentadura existente se pueden reparar o ajustar no están cubiertos.
26. Los gastos adicionales para una dentadura postiza provisional o provisional u otros servicios temporales o provisionales (como empastes, coronas, etc.) pueden considerarse inclusivos en otros procedimientos cubiertos o no cubiertos.
27. Los gastos por el reemplazo de prótesis, como dentadura postiza, corona, incrustación/recubrimiento o puente, en el plazo de sesenta (60) meses de la fecha del beneficio original no están cubiertos.
28. Los implantes dentales, las coronas sobre implantes y todos los servicios asociados no están cubiertos. Los servicios asociados incluyen, entre otros, todos los servicios prequirúrgicos, los servicios quirúrgicos, las prótesis implantosoportadas y otros servicios de implantes.
29. La capacitación en el control de placas o higiene oral o para instrucciones alimenticias no están cubiertos.
30. Los costos por completar formularios de reclamaciones no están cubiertos.
31. Los cargos por citas perdidas no están cubiertos.
32. Los cargos por servicios o suministros que no son necesarios para el tratamiento o que no están recomendados y aprobados por el dentista que lo atiende no están cubiertos. El plan determinará la necesidad médica de acuerdo con la documentación presentada por el dentista que lo atiende.

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

33. Los procedimientos óseos y otras intervenciones quirúrgicas periodontales más de una vez por cuadrante cada sesenta (60) meses no están cubiertos.
34. Más de un raspado periodontal y alisado radicular (limpieza de la superficie debajo de la encía) por cuadrante cada treinta y seis (36) meses no está cubierto.
35. Los servicios por cualquier afección cubierta por la ley de indemnización al trabajador, sin culpabilidad o por cualquier otra legislación similar no están cubiertos.
36. Las reclamaciones presentadas más de 365 días después de la fecha del servicio no están cubiertas.
37. Los servicios para corregir o en conjunto con malformaciones congénitas o de desarrollo de los dientes (falta de dientes congénita, dientes supernumerarios, displasia dental y de esmalte, etc.), presentes antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura no están cubiertos.
38. Ningún servicio o suministro proporcionado junto con un servicio no cubierto, en preparación para este o como consecuencia de este no está cubierto.
39. Ningún servicio para tratar el dolor miofascial o los trastornos de las articulaciones de la mandíbula (articulaciones temporomandibulares [TMJ, siglas en inglés]; enfermedad temporomandibular [TMD, siglas en inglés]) no está cubierto.
40. Los servicios de ortodoncia no están cubiertos.

CAPÍTULO 5:

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



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

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica para recibir y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los gastos del plan para los medicamentos con receta. Como usted está en el programa de “Ayuda Adicional”, es posible que no se le aplique **cierta información incluida en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta Parte D**. Le enviamos un folleto por separado, denominado *Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben ayuda adicional para sus medicamentos con receta* (también conocida como Cláusula de subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la Cláusula de subsidio por bajos ingresos. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo se **explican las reglas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta tienen cobertura en virtud de sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid, comuníquese con el Programa Medicaid del Estado de Nueva York. (puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid del estado de Nueva York en el Capítulo 2, Sección 6).

Sección 1.1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

En general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que usted cumpla estas reglas básicas:

- Su receta debe ser emitida por un proveedor (médico, dentista u otro profesional autorizado para recetar) y debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- El profesional autorizado para recetar no debe estar en las Listas de exclusión de Medicare.
- Por lo general, para obtener sus medicamentos con receta debe usar una farmacia de la red. (Consulte la Sección 2, *Llene sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)* del plan (en forma abreviada, la denominamos “Lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada médicamente. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, siglas en inglés) o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación aceptada médicamente).

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información sobre cuándo cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar sus medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos con receta Parte D que están en la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su zona?

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (emblemhealth.com/medicare) o llamar al Servicio de Atención al Cliente.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

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

Si la farmacia que ha estado usando abandona la red del plan, usted deberá buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su zona, puede obtener ayuda a través del Servicio de Atención al Cliente o puede usar el *Directorio de farmacias*. También puede obtener información en nuestro sitio web, en emblemhealth.com/medicare.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas se deben llenar en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos para los residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para obtener acceso a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Servicio de atención al cliente.
- Farmacias que brindan servicios al Servicio de Salud para Indígenas y al Programa de salud para indígenas urbanos/tribales (no disponible en Puerto Rico). A excepción de los casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a dichas farmacias en nuestra red.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta**Parte D**

- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) en determinados lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o capacitación sobre su uso. (**Nota:** es poco frecuente que ocurra un caso así).

Para ubicar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* o llame al Servicio de Atención al Cliente.

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan a través de los pedidos por correo son los medicamentos que usted toma a diario para una afección médica crónica o a largo plazo. Estos medicamentos se marcan como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra “Lista de medicamentos”.

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo adquirir sus medicamentos con receta por correo, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

Por lo general, un pedido de farmacia por correo se le enviará en no más de 14 días. Para asegurarse de tener siempre un suministro de medicamentos, puede pedirle a su médico que le extienda una receta por un mes, con la cual podrá adquirir sus medicamentos con receta en una farmacia minorista de inmediato, y una segunda receta por hasta 90 días, que podrá enviar junto con su formulario de pedido por correo.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

La farmacia automáticamente llenará y entregará los nuevos medicamentos con receta solicitados por los proveedores de atención médica, sin antes consultarlo con usted, si:

- Usted usó los servicios de pedidos por correo con este plan en el pasado, o
- Usted está registrado para la entrega automática de todos los nuevos medicamentos con receta solicitados directamente por los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todos los medicamentos con receta nuevos ahora o en cualquier momento llamando al Servicio de Atención al Cliente de Express Scripts al 1-877-866-5828, 24 horas al día, 7 días a la semana.

Si recibe automáticamente por correo un medicamento con receta que no desea y no fue contactado para verificar si lo quería antes de que se lo enviaran, puede que sea elegible para recibir un reembolso.

Si usó el pedido por correo previamente y no quiere que la farmacia le llene y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando al Servicio de atención al cliente de Express Scripts al 1-877-866-5828, 24 horas al día, 7 días a la semana.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta**Parte D**

Si nunca utilizó nuestro servicio de pedidos por correo y/o decide suspender el despacho automático de medicamentos nuevos, la farmacia se comunicará con usted cada vez que obtenga una nueva receta de un proveedor de atención médica para verificar si usted desea adquirir y recibir el medicamento de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para que sepan si deben enviar el nuevo medicamento con receta, retrasar su envío o cancelarlo.

Para evitar las entregas automáticas de nuevos medicamentos con receta solicitados directamente desde el consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Servicio de Atención al Cliente de Express Scripts al 1-877-866-5828.

Resurtido de medicamentos con receta a través de pedidos por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático llamado *Programa de Servicio de entrega a domicilio Express Scripts* (Home Delivery Service Program). A través de este programa, empezaremos a procesar su próximo relleno automáticamente cuando nuestros registros indiquen que usted está por quedarse 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 programados si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si decide no usar nuestro programa de relleno automático, pero desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 30 días antes de que se acaben sus medicamentos con receta actuales. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar su registro en nuestro Programa de Servicio de entrega a domicilio Express Scripts que prepara automáticamente rellenos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al Servicio de Atención al Cliente de Express Scripts al 1-877-866-5828, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

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

El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la “Lista de medicamentos” del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma habitualmente para el tratamiento de una afección médica crónica o a largo plazo).

- **Algunas farmacias minoristas** en nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de farmacias* se le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, llame al Servicio de Atención al Cliente
- También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?**Puede que su medicamento con receta tenga cobertura en determinadas situaciones**

En general, cubrimos los medicamentos que se llenan en una farmacia fuera de la red *solamente* cuando no puede usar una farmacia de la red. A fin de ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera del área de servicio donde puede obtener sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con el Servicio de Atención al Cliente** para ver si hay alguna farmacia de la red cercana. 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.

Estas son las circunstancias en las que cubrimos los medicamentos con receta adquiridos en una farmacia fuera de la red:

- Si viaja fuera del área de servicio del plan y se queda sin sus medicamentos cubiertos por la Parte D, o los pierde, y no puede acceder a una farmacia de la red (para obtener más información sobre el área de servicio del plan, consulte el Capítulo 1, Sección 2.3 de este documento).
- Si viaja fuera del área de servicio del plan, se enferma y necesita un medicamento cubierto por la Parte D y no tiene acceso a una farmacia de la red (para obtener más información sobre el área de servicio del plan, consulte el Capítulo 1, Sección 2.3 de este documento).
- Si adquiere un medicamento con receta para un medicamento cubierto por la Parte D de manera oportuna, y ese medicamento en particular cubierto por la Parte D (por ejemplo, un medicamento de especialidad que normalmente los fabricantes o los proveedores envían directamente) no forma parte del inventario regular de la red de farmacias minoristas accesibles o de las farmacias con servicio de pedidos por correo.
- Si recibe medicamentos cubiertos por la Parte D que le despacha una farmacia institucional fuera de la red mientras es un paciente en una sala de emergencia, en una clínica de un proveedor, de cirugía ambulatoria u otros entornos ambulatorios y, por lo tanto, no puede adquirir sus medicamentos en una farmacia de la red.
- Si hay una declaración federal de desastre u otra declaración de emergencia de salud pública en la que deba ser evacuado o desplazado de alguna otra manera de su residencia, y no se puede esperar razonablemente que obtenga medicamentos cubiertos por la Parte D en una farmacia de la red; además, en circunstancias en las que los canales de distribución normales no estén disponibles, el plan aplicará libremente las políticas fuera de la red para facilitar el acceso a los medicamentos.
- Si va a recibir una vacuna que es necesaria médicamente, pero no está cubierta por Medicare Parte B, o bien algunos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio del médico.

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, deberá pagar el costo completo (en lugar de su participación en los costos habitual) al momento de llenar su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” dice cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos
--

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la “Lista de medicamentos” de forma abreviada.**

Los medicamentos de esta lista son elegidos por el plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacias. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La “Lista de medicamentos” incluye los medicamentos que están cubiertos por Medicare Parte D. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene cobertura a través de los beneficios de Medicaid para algunos medicamentos con receta. Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid, comuníquese con el Programa Medicaid del Estado de Nueva York. (puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid del estado de Nueva York en el Capítulo 2, Sección 6).

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la “Lista de medicamentos” del 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 esté en *una* de estas condiciones:

- aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para el cual se receta;
- o respaldados por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan “productos biológicos”. En la “Lista de medicamentos”, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, los medicamentos genéricos funcionan tan bien como el medicamento de marca y por lo general cuestan menos. Hay disponibles medicamentos genéricos sustitutos para muchos medicamentos de marca.

¿Qué *no* se incluye en la “Lista de medicamentos”?

Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid, comuníquese con el Programa Medicaid del Estado de Nueva York. (puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid del estado de Nueva York en el Capítulo 2, Sección 6).

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta**Parte D**

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la “Lista de medicamentos” un medicamento en particular. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Sección 3.2 Hay seis niveles de costo compartido para los medicamentos que figuran en la “Lista de medicamentos”

Todos los medicamentos de la “Lista de medicamentos” del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de participación en los costos, más alto es el costo que debe pagar por el medicamento:

- El nivel 1 de participación en los costos incluye: medicamentos genéricos preferidos (nivel inferior)
- La categoría 2 de participación en los costos incluye: medicamentos genéricos
- El nivel 3 de costos compartidos incluye medicamentos preferidos de marca y genéricos
- El Nivel 4 de participación en los costos incluye medicamentos no preferidos, que incluye medicamentos genéricos y de marca
- El Nivel 5 de participación en los costos incluye medicamentos de nivel de especialidad, que incluye medicamentos de especialidad (nivel más alto)
- El Nivel 6 de participación en los costos incluye medicamentos de atención selecta, nivel de copago de \$0 que incluye medicamentos genéricos para tratar la diabetes, la presión arterial alta y el colesterol alto, y vacunas.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la “Lista de medicamentos” del plan.

El importe que usted paga por los medicamentos en cada nivel de participación en los costos figura en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D*).

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

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la “Lista de medicamentos” más reciente que le enviamos por vía electrónica. (Tenga en cuenta lo siguiente: La “Lista de medicamentos” que le proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que son más comúnmente utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la “Lista de medicamentos” proporcionada. Si algún medicamento no está incluido en la “Lista de medicamentos”, deberá visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (emblemhealth.com/medicare). La “Lista de medicamentos” en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Servicio de Atención al Cliente para saber si un medicamento en particular está

- incluido en la “Lista de medicamentos” del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (emblemhealth.com/medicare o llame al Servicio de Atención al Cliente). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la “Lista de medicamentos” para ver un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la “Lista de medicamentos” que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para determinados medicamentos con receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarles a usted y a su proveedor a que usen medicamentos en los modos más eficaces. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos”. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo funcione igual que un medicamento de costo superior, las reglas del plan se diseñaron para alentarles a usted y a su proveedor a que usen la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra “Lista de medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de factores tales como la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica y es posible que se apliquen diferentes restricciones o categorías de participación en los costos a las distintas 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 ¿Qué clases de restricciones?

Las secciones a continuación le dan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para determinados medicamentos.

Si hay alguna restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tomarán medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento.

Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deberían hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que renunciemos a la restricción por usted, necesitará usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podremos o no aceptar la renuncia a la restricción por usted. (Consulte el Capítulo 9)

Restricción de los medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento **genérico** tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y, normalmente, cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos informa el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos para tratar la misma afección funcionarían en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su participación en los costos podrá ser superior para el medicamento de marca que para

el medicamento genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan anticipadamente

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor necesita obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento por usted. Esto se conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y brindar orientación para el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no consigue esta aprobación, es probable que su plan no cubra el medicamento.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le alienta a probar medicamentos menos costosos, pero en general igual de eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan la misma condición médica y el Medicamento A es menos costoso, es posible que el plan le solicite que pruebe el Medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**.

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede recibir cada vez que llena su receta. Por ejemplo, si se considera seguro con normalidad tomar solamente una pastilla por día para un determinado medicamento, limitaremos la cobertura de su medicamento con receta a no más de una pastilla por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que desearía que esté cubierto?

Sección 5.1	Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que desearía que estuviera cubierto
--------------------	--

Es posible que haya circunstancias en las que un medicamento con receta que esté tomando o un medicamento que usted y su proveedor consideren que debería estar tomando no esté en la farmacia o que esté, pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. Tal vez, una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas adicionales o restricciones en la cobertura para ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto del modo en que desearía que esté cubierto.
- Si el medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sea más caro de lo que piensa que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la “Lista de medicamentos” o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, estas son algunas opciones:

- Podría obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiarse a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que no aplique las restricciones de este.

Podría obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la “Lista de medicamentos” del plan O ahora debe tener algún tipo de restricción.**

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta médica se extendió para pocos días, permitiremos varios resurtidos hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. Debe surtir las recetas médicas en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades inferiores de una vez para evitar derroches).
- **Para los miembros que han estado en el plan durante más de 90 días, y que residen en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
 - Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento particular, o menos, si su receta se emite para menos días. Esto es además del suministro temporal antes mencionado.
- Si ha experimentado un cambio en el nivel de atención y está fuera de la ventana de transición, el farmacéutico debe confirmar su cambio de nivel de atención antes de que se le administre el medicamento.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicio de Atención al Cliente.

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

1) Puede cambiarse a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser adecuado para usted.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta
Parte D**2) Puede pedir una excepción**

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en el modo en que usted desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que tiene motivos médicos que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la “Lista de medicamentos” del plan. O bien puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 explica qué hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que Medicare estableció para garantizar que su solicitud se maneje de forma rápida y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de participación en los costos que usted considera que es muy alta?

Si su medicamento está en una categoría de participación en los costos que usted considera que es muy alta, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiarse a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de participación en los costos que usted considera demasiado alta, hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de participación en los costos inferior que funcione igualmente bien para usted. Llame al Servicio de Atención al Cliente para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser adecuado para usted.

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en la categoría de participación en los costos para el medicamento a fin de que pague menos por este. Si su proveedor dice que tiene motivos médicos que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se le informará qué hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite que Medicare estableció para garantizar que su solicitud se maneje de forma rápida y justa.

Los medicamentos del nivel *de especialidad (nivel 5)* no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el importe de costos compartidos para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La “Lista de medicamentos” puede sufrir cambios durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos sucede al comienzo de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podrá hacer algunos cambios en la “Lista de medicamentos”. Por ejemplo, el plan podría:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alta o más baja.**
- **Agregar o eliminar una restricción de cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la “Lista de medicamentos” del plan.

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

Información sobre cambios a la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la “Lista de medicamentos”, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea con regularidad. A continuación, señalamos los momentos en los que recibiría aviso directo si se hicieran cambios en el medicamento que usted está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que le afectan durante el año del plan actual

- **Un medicamento genérico o biosimilar intercambiable reemplaza un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
 - Podemos eliminar un medicamento de marca o producto biológico original de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica del mismo medicamento o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico. Podemos decidir mantener el medicamento de marca o producto biológico original en nuestra “Lista de medicamentos”, pero moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas, cuando se agrega el medicamento genérico o biosimilar intercambiable.
 - Si un medicamento de marca o producto biológico original que está tomando es sustituido por un medicamento genérico o biosimilar intercambiable o se lo pasa a un nivel de costo compartido más alto, debemos darle un aviso con, por lo menos, 30 días de anticipación al cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 días de su medicamento de marca o producto biológico original.
 - Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o biosimilar intercambiable o a un medicamento diferente que cubramos.
 - Usted o el profesional autorizado para recetar pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca [o producto biológico original para usted. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la “Lista de medicamentos” que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo.
Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la “Lista de

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta**Parte D**

- medicamentos”. Si está tomando ese medicamento, le informaremos inmediatamente al respecto.
- El profesional autorizado para recetar también le informará sobre este cambio y podrá intentar hallar otro medicamento para su afección junto a usted.
 - **Otros cambios sobre medicamentos de la “Lista de medicamentos”**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año, que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos hacer cambios en función de las advertencias especiales de la FDA o de nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Debemos proporcionarle una notificación con al menos 30 días de anticipación sobre el cambio, o notificarle sobre el cambio y proporcionarle un relleno de 30 días del medicamento que esté tomando en una farmacia de la red.
 - Después de ser notificado sobre el cambio, debe trabajar con el profesional autorizado para recetar para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para satisfacer cualquier nueva restricción que se aplique al medicamento que está tomando.
 - Usted o el profesional autorizado para recetar puede pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento por usted. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

Cambios en la “Lista de Medicamentos” que no le afectan durante este año del plan

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

Por lo general, estos son los cambios que no le afectarán durante el año del plan actual:

- Implementación de una restricción nueva en el uso del medicamento.
- Eliminación de su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios sucede para un medicamento que está tomando (a excepción de un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca, o bien otro cambio que se haya mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su participación en los costos hasta el 1.º de enero del año próximo. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en los pagos ni ninguna restricción agregada a su uso del medicamento.

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

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

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se **excluyen**. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta

Parte D

Si presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en virtud de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si Medicaid también excluye el medicamento excluido por nuestro plan, debe pagarlo usted mismo.

Aquí hay tres reglas generales sobre los medicamentos que el plan de medicamentos de Medicare no cubre según la Parte D:

- Nuestra cobertura de medicamentos en la Parte D del plan cubre un medicamento que estaría cubierto según Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan, generalmente, no puede cubrir el uso fuera de la indicación aprobada. Uso para una indicación no autorizada es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura del uso para una indicación no autorizada solo se permite cuando está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare: Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted bajo su cobertura de medicamentos de Medicaid. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener más información sobre qué medicamentos están cubiertos por el programa de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2).

- Los medicamentos de venta sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- los medicamentos usados para promover la fertilidad;
- los medicamentos usados para aliviar la tos o los síntomas de resfriado;
- los medicamentos usados para fines cosméticos o para promover el crecimiento capilar;
- las vitaminas y los productos minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con fluoruro;
- los medicamentos usados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil;
- los medicamentos usados para el tratamiento de anorexia, pérdida de peso o aumento de peso;
- los medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante busca que se compren los análisis o servicios de monitoreo asociados exclusivamente del fabricante como condición de venta.

Si está recibiendo “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa de Medicaid estatal para determinar qué cobertura de medicamentos podrá haber disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo llenar una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para llenar una receta, debe proporcionar la información de membresía de su plan, la cual se encuentra en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan la parte del costo de sus medicamentos que nos corresponde a nosotros. Tendrá que pagar a la farmacia *su* participación del costo cuando retire su medicamento con receta.

Si su medicamento con receta no está cubierto por el plan, es posible que tenga cobertura bajo sus beneficios de Medicaid. Proporcione a la farmacia su tarjeta de Medicaid para surtir las recetas **no cubiertas** por el beneficio de medicamentos con receta de Medicare Parte D.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la información de su membresía con usted?

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

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

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

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

Si es hospitalizado o ingresa a un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, cubriremos, por lo general, el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que los medicamentos cumplan con todas las reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

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

Verifique su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que este use forma parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información o asistencia, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sistemáticamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra “Lista de medicamentos” o tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre los suministros temporales o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también cuenta con cobertura de medicamentos de un plan de su empleador o grupo de jubilados?

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

En general, si tiene cobertura para grupos de empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos con receta que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura para grupos. Eso significa que la cobertura para grupos pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

Conserve este aviso sobre la cobertura acreditable, porque es posible que lo necesite luego. Si se inscribe en un plan Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para mostrar que ha conservado la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del plan del empleador o de jubilados, o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está un hospicio certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, el profesional autorizado para recetar o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para prevenir demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale al proveedor del hospicio o al profesional autorizado para recetar que proporcione una notificación antes de que adquiera sus medicamentos con receta.

En el caso de que revoque su elección de hospicio o el hospicio le dé el alta, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. A fin de prevenir cualquier demora en una farmacia cuando termine el beneficio del hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o el alta.

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

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de modo seguro

Realizamos evaluaciones sobre el uso de medicamentos para a nuestros miembros para garantizar que estén obteniendo la atención adecuada y segura.

Hacemos una comprobación para ver si cumplimos con todas las reglas al momento de rechazar su solicitud. También evaluamos nuestros registros de modo regular. Durante estas evaluaciones, buscamos posibles problemas, por ejemplo, los siguientes:

- posibles errores en la medicación;
- medicamentos no sean necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección;
- medicamentos que no sean seguros o adecuados debido a su edad o sexo;
- determinadas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si los toma a la vez;
- recetas médicas para medicamentos que tienen componentes a los cuales usted es alérgico;
- posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando;
- Cantidades inseguras de analgésicos con opioides

Si vemos un posible problema en su uso de los medicamentos, trabajaremos junto a su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de control de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a administrarse sus medicamentos opioides de modo seguro

Tenemos un programa que ayuda a garantizarles a nuestros miembros el uso seguro de sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que, con frecuencia, se consumen excesivamente. Este programa se llama Programa de control de medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si ha sufrido una sobredosis de opioides recientemente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiacepina con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si participa en nuestro DMP, estas pueden ser las limitaciones:

- Solicitarle que obtenga todas las recetas médicas para medicamentos opioides o con benzodiacepinas de ciertas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todas las recetas médicas para medicamentos opioides o con benzodiacepinas de ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o con benzodiacepinas que le cubriremos.

Capítulo 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta**Parte D**

Si planificamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o en qué cantidad puede obtenerlos, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y darnos cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y el profesional autorizado para recetar tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, evaluaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada a las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

El Programa de control de medicamentos no se aplicará a usted si tiene determinadas afecciones médicas, por ejemplo, cáncer activo, dolores relacionados o enfermedad de las células falciformes, recibe atención de hospicio, cuidados paliativos o al final de la vida, o vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Control de Terapia de Medicamentos (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a controlar sus medicamentos

Contamos con programas que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Control de Terapia de Medicamentos (MTM). Estos programas son gratuitos y voluntarios. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló los programas para que podamos garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos por diferentes afecciones médicas y tienen altos costos por medicamentos, o están en un Programa de control de medicamentos que ayuda a los miembros a utilizar opioides de forma segura, podrán obtener servicios a través de un Programa de Control de Terapia de Medicamentos (MTM). Si califica para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una evaluación integral de todos sus medicamentos. Durante la evaluación, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta que tenga en relación con sus medicamentos con receta o de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas, que incluirá los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, en qué cantidad y el motivo por el que los toma. Además, los miembros del Programa de Control de Terapia de Medicamentos (MTM) recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Le recomendamos que hable con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Tenga el resumen con usted en la visita o en cualquier momento en que hable con los médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También mantenga su lista de medicamentos actualizada y consérvela con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya a un hospital o una sala de emergencia.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y le retiraremos del programa. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted paga por sus
medicamentos con receta Parte D*

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

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica para recibir y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los gastos del plan para los medicamentos con receta. Como usted está en el programa de “Ayuda Adicional”, **es posible que no se le aplique cierta información incluida en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos** con receta Parte D. Le enviamos un folleto por separado, denominado *Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben ayuda adicional para sus medicamentos con receta* (también conocida como Cláusula de subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la Cláusula de subsidio por bajos ingresos.

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término **medicamento** en el sentido de un medicamento con receta Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a 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 Medicare Parte A o Parte B.

Para comprender la información de pago, necesita conocer qué medicamentos están cubiertos, dónde llenar sus recetas y qué reglas seguir para obtener sus medicamentos con cobertura. En las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5, se explican estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para consultar la cobertura para medicamentos (consulte la Sección 3.2 del Capítulo 3), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que usted ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un cálculo de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información de la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El importe que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido**; hay una manera en la que se le puede solicitar que pague.

- El **copago** es un importe fijo que paga cada vez que surte un medicamento con receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre qué cuenta y qué *no* cuenta para los gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos que se mencionan a continuación (siempre y cuando sean para los medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las reglas de la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El importe que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamento:
 - La Etapa de cobertura inicial
- Todos los pagos que hizo durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de incorporarse a nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted mismo** realiza estos pagos, estos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los gastos de bolsillo si los efectúan en su nombre otras **personas u organizaciones**. Incluye los pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o pariente, la mayoría de las organizaciones benéficas, los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, un programa estatal de asistencia farmacéutica que reúna los requisitos de Medicare o por el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos efectuados mediante el Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en los gastos de bolsillo. Se incluye el importe que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. No obstante, el importe pagado por el plan por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Paso a la Etapa de cobertura contra catástrofes:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya un total de **\$8,000** de gastos de bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura contra catástrofes.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios;
- los medicamentos que no tienen cobertura de su plan;
- Los medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- los pagos realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la Etapa de interrupción de cobertura;
- Los pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud de un empleador.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, tales como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- los pagos de sus medicamentos realizados por un tercero con una obligación legal de pagar los costos de medicamentos con receta (por ejemplo, indemnización de trabajadores).

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D

Recordatorio: Si alguna otra organización, tal como las mencionadas antes, paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por sus medicamentos, usted debe informar a nuestro plan llamando al Servicio de Atención al Cliente.

¿Cómo puede llevar un registro de sus gastos de bolsillo totales?

- **Lo ayudaremos.** El informe de la Explicación de beneficios de la Parte D que usted recibe incluye el importe actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este importe alcance los **\$8,000**, se le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura contra catástrofes.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le informa qué puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros del plan EmblemHealth VIP Dual?

Hay dos **etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta Parte D de Medicare según EmblemHealth VIP Dual. La cantidad que pague dependerá de la etapa en la que se encuentre al momento de llenar o rellenar una receta. Los detalles de cada etapa se explican en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial**Etapa 2: Etapa de cobertura contra catástrofes**

Como plan participante del Modelo VBID, hemos sido aprobados para ofrecer la Parte D con costos compartidos reducidos. Como miembro, esto significa que tendrá acceso a los medicamentos de la Parte D sin participación en los costos adicional en el límite de cobertura inicial, así como en la etapa de interrupción de cobertura para los medicamentos de atención médica seleccionados en el Nivel 6.

SECCIÓN 3 Le enviamos los informes que explican los pagos de sus medicamentos y en cuál etapa de pago está

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que hizo cuando adquirió sus medicamentos con receta o los resurtió en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que llevamos registro:

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D

- Llevamos registro de cuánto pagó. A esto se lo denomina **gastos de bolsillo**.
- Llevamos un registro de los **costos totales de sus medicamentos**. Este es el importe que usted paga de su bolsillo u otros pagan en su nombre más el importe pagado por el plan.

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La Explicación de beneficios de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe le brinda detalles del pago sobre los medicamentos con receta que adquirió durante el mes anterior. Muestra el total de costos en medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted pagó y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1.º de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra el total de costos en medicamentos y el total de pagos por sus medicamentos desde el comienzo del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos de precio desde la primera vez que se llenó la receta para cada reclamación de medicamentos con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con participación en los costos más baja para cada reclamación de medicamentos con receta.

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

A fin de llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que hace para los medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. Aquí encontrará el modo de ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando adquiera un medicamento con receta.** Esto nos permitirá saber qué recetas está llenando y lo que está pagando por esos medicamentos.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento con receta. En esos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de los gastos de bolsillo, entréguenos las copias de sus recibos. A continuación se indican ejemplos de cuándo debe entregarnos las copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan
 - Cuando hizo un copago de medicamentos que se proporcionan según un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento
 - En cualquier momento en que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otros momentos en los que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales

Si le cobran por un medicamento cubierto, puede solicitar que el plan pague la parte del costo que le corresponde. Para saber cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros hicieron por usted.** Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos hechos por el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP), Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas, cuentan como contribución a sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos registrar sus costos.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D

- **Verifique el informe por escrito que le enviamos.** Cuando reciba una Explicación de beneficios de la Parte D, revise la información para asegurarse de que esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe o tiene alguna pregunta, llámenos al Servicio de Atención al Cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No existe deducible para EmblemHealth VIP Dual

No existe deducible para EmblemHealth VIP Dual. Comienza en la etapa de cobertura inicial cuando llena su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información acerca de su cobertura en la Etapa de cobertura inicial. Debido a que usted recibe “Ayuda Adicional” para sus costos de medicamentos con receta, la etapa del deducible no le corresponde.

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

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

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de los medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (el importe de su copago). Su parte del costo variará según el medicamento y donde surta usted el medicamento con receta.

El plan tiene seis categorías de participación en los costos

Todos los medicamentos de la “Lista de medicamentos” del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el número del nivel de participación en los costos, más alto es el costo que usted debe pagar por el medicamento:

- el nivel 1 de participación en los costos incluye: medicamentos genéricos preferidos (nivel inferior)
- el nivel 2 de participación en los costos incluye: medicamentos genéricos
- El nivel 3 de costos compartidos incluye medicamentos preferidos de marca y genéricos
- El nivel 4 de costos compartidos incluye: medicamentos no preferidos de marca y genéricos
- El nivel 5 de costos compartidos o nivel de especialidad incluye medicamentos de especialidad (nivel más alto)
- El nivel 6 de costos compartidos incluye medicamentos de atención selecta, nivel de copago de \$0, que comprende medicamentos genéricos para tratar la diabetes, la presión arterial alta y el colesterol alto, y vacunas

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la “Lista de medicamentos” del plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto usted paga por un medicamento, depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos los medicamentos con receta adquiridos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5,

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D

Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta adquirido en una farmacia fuera de la red;

- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo llenar sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2	En la tabla, se muestran sus gastos para un suministro de un mes de un medicamento
--------------------	---

Durante la etapa de cobertura inicial, su participación en el costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

Como se muestra en la tabla a continuación, el importe del copago depende del nivel de participación en los costos. A veces, el costo del medicamento es inferior al copago. En esos casos, usted paga el precio inferior por el medicamento en lugar del copago.

Su participación en el costo cuando recibe un suministro de *un mes* de un medicamento con receta Parte D cubierto:

Nivel	Costos compartidos para medicamento estándar adquirido en farmacias de venta minorista (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido para medicamento estándar de pedido por correo (un suministro de hasta 30 días)	Participación en los costos por cuidados a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Participación en los costos fuera de la red (la cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de participación en los costos (Medicamentos genéricos preferidos)	De \$0 a \$4.50	De \$0 a \$4.50	De \$0 a \$4.50	De \$0 a \$4.50
Nivel 2 de participación en los costos (Medicamentos genéricos)	De \$0 a \$4.50	De \$0 a \$4.50	De \$0 a \$4.50	De \$0 a \$4.50
Nivel 3 de participación en los costos (Medicamentos de marca preferidos)	De \$0 a \$11.20	De \$0 a \$11.20	De \$0 a \$11.20	De \$0 a \$11.20
Nivel 4 de participación en los costos (Medicamentos no	De \$0 a \$11.20	De \$0 a \$11.20	De \$0 a \$11.20	De \$0 a \$11.20

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D

preferidos)				
Nivel 5 de participación en los costos (Medicamentos del nivel de especialidad)	De \$0 a \$11.20	De \$0 a \$11.20	De \$0 a \$11.20	De \$0 a \$11.20
Nivel 6 de participación en los costos (Medicamentos de atención selecta)	\$0	\$0	\$0	\$0

La cantidad que usted paga está determinada por el medicamento con receta y su nivel de “Ayuda Adicional”.

Para obtener información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 8 de este capítulo.

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

Normalmente, el importe que usted paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o el médico deseen un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le despache, menos que el suministro para un mes completo de medicamentos si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de relleno de los diferentes medicamentos con receta.

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

- Si usted es responsable del coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento.
Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de un copago del medicamento, solo pagará por la cantidad de días que reciba el medicamento y no por el mes completo. Calcularemos el importe 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 En la tabla se muestran sus costos para un suministro a largo plazo (de hasta 90 días) de un medicamento

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

En la tabla a continuación, se muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento.

Su participación en el costo cuando adquiere un suministro a largo plazo de un medicamento con receta Parte D cubierto:

Nivel	Participación en los costos minoristas estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costo compartido para medicamento estándar de pedido por correo (un suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de participación en los costos (Medicamentos genéricos preferidos)	De \$0 a \$4.50	De \$0 a \$4.50
Nivel 2 de participación en los costos (Medicamentos genéricos)	De \$0 a \$4.50	De \$0 a \$4.50
Nivel 3 de participación en los costos (Medicamentos de marca preferidos)	De \$0 a \$11.20	De \$0 a \$11.20
Nivel 4 de participación en los costos (Medicamentos no preferidos)	De \$0 a \$11.20	De \$0 a \$11.20
Nivel 5 de participación en los costos (Medicamentos del nivel de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del nivel 5.
Nivel 6 de participación en los costos (Medicamentos de atención selecta)	\$0	\$0

La cantidad que usted paga está determinada por el medicamento con receta y su nivel de “Ayuda Adicional”.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de bolsillo del año alcancen los \$8,000

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de bolsillo alcanzan los **\$8,000**. Luego pasa a la Etapa de cobertura contra catástrofes.

La Explicación de beneficios de la Parte D que reciba le ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y los terceros han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de **\$8,000** en un año.

Le informaremos si alcanza este importe. Si alcanza este importe, dejará de estar en la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura contra catástrofes. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información acerca de cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 No hay un período de interrupción de cobertura para EmblemHealth VIP Dual.

No hay un período de interrupción de cobertura para EmblemHealth VIP Dual. Una vez que abandona la Etapa de cobertura inicial, pasa a la Etapa de cobertura contra catástrofes (consulte la Sección 7).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura contra catástrofes, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D

- Usted entra en la Etapa de cobertura contra catástrofes cuando los costos de bolsillo han alcanzado el límite de **\$8000** para el año calendario. Cuando esté en la Etapa de cobertura contra catástrofes, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario. Durante esta etapa de pago, el plan paga todo el costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la “Lista de medicamentos” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted. Consulte la “Lista de medicamentos” de su plan o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre vacunas específicas.

Existen dos partes de nuestra cobertura de las vacunaciones de la Parte D:

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

Sus costos por una vacunación de la Parte D dependen de tres factores:

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

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.

2. Dónde le administran la vacuna.

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

3. Quién le administra la vacuna.

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

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

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna y del proveedor que se la administra. Puede pedir a nuestro plan que le reintegre 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 reciba una vacuna, pagará solo la parte del costo que le corresponda en virtud de su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

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

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

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

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

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe que usted pagó menos el copago por la vacuna (incluida la administración) y menos la diferencia que exista entre el importe que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esa diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe que pagó menos cualquier copago por la administración de la vacuna y menos la diferencia que exista entre el importe que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esa diferencia).

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura que
usted recibió por servicios
médicos o medicamentos
cubiertos*

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que le paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red facturarán directamente al plan por los servicios y medicamentos cubiertos; usted no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o de los medicamentos que recibió, debe enviarnos esta factura para que la paguemos. Cuando nos envíe la factura, estudiaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían cubrirse. Si decidimos que deberían cubrirse, le pagaremos al proveedor de forma directa.

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubiertos por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina **reembolso**). El reembolso por parte de nuestro plan es su derecho siempre que haya pagado por los servicios médicos o los medicamentos que tienen cobertura en nuestro plan. Para recibir el reintegro, es posible que deba cumplir con ciertos plazos. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe la factura que usted ya pagó, estudiaremos la factura y decidiremos si los servicios o los medicamentos deberían cubrirse. Si decidimos que deberían cubrirse, le haremos un reembolso por los servicios o medicamentos.

Es posible que algunas veces reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un importe superior al de su participación en los costos, tal como se detalla en el documento. Primero, intente resolver el problema con el proveedor. Si no tiene éxito, envíenos la factura en lugar de pagarla. Nosotros estudiaremos la factura y decidiremos si los servicios debiesen cubrirse. Si decidimos que deberían cubrirse, le pagaremos al proveedor de forma directa. Si decidimos no pagarla, le notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el importe de participación en los costos permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

A continuación, se presentan ejemplos de situaciones en las que usted posiblemente necesite solicitar a nuestro plan que le reintegre o que pague la factura recibida:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgente y necesaria de un proveedor que no se encuentra en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia o urgentemente necesarios de cualquier proveedor, ya sea que forme parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que facture al plan.

- Si usted paga el importe total al momento de recibir atención, solicítenos el reintegro de la participación del costo que nos corresponde pagar a nosotros. Envíenos la factura, junto con la documentación de todos los pagos que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura de un proveedor en la que se le solicite el pago por algo que usted piensa que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de todos los pagos que ya haya efectuado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó por el servicio, le devolveremos el dinero.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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 al plan. No obstante, a veces, cometen errores y le piden que pague por sus servicios.

- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la misma. Nos podremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura, junto con la documentación del pago que usted ha efectuado. Debe solicitarnos que le reembolsemos sus servicios cubiertos.

3. Si usted está inscrito en nuestro plan de forma retroactiva

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó gastos de bolsillo por alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, nos puede solicitar que le reembolsemos nuestra participación en los costos. Deberá presentar documentación, como recibos y facturas, para que realicemos el reembolso.

4. Cuando surte un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red

Si va a una farmacia fuera de la red, quizás la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Cuando esto suceda, usted deberá pagar el costo total de su medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reintegro de nuestra participación en los costos. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para ver cuáles son esas circunstancias.

5. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta porque no tiene la tarjeta de membresía del plan

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan, debe pedir que, desde la farmacia, llamen al plan o busquen su información de inscripción en el plan. No obstante, si en la farmacia no pueden obtener la información de inscripción que necesitan de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de su medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reintegro de nuestra participación en los costos.

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

Es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta, porque descubre que el medicamento, por algún motivo, no tiene cobertura.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la “Lista de medicamentos” del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

aplicarse en su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total por el medicamento.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, posiblemente necesitemos más información de su médico a fin de hacerle el reembolso de la parte que nos corresponde pagar de los costos por el medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, evaluaremos su solicitud y decidiremos si se debería cubrir el servicio o el medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe cubrirse, pagaremos nuestra parte de los gastos por el servicio o el medicamento.

Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido

Para solicitarnos que le reembolsemos el dinero, puede enviarnos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación del pago que haya realizado. Una buena idea es realizar una copia de su factura y los recibos para que los guarde. **Usted debe enviarnos su reclamación en el plazo de 120 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Asegúrese de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión; puede llenar nuestro formulario de reclamación para realizar una solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (emblemhealth.com/medicare) o llame al Servicio de atención al cliente y solicite uno.

Envíe por correo postal su solicitud de pago, junto con las facturas o los recibos pagados, a esta dirección:

Atención médica	Farmacia
Reclamaciones ante EmblemHealth (EmblemHealth Claims) Attn: Medicare Payment Requests PO Box 2845 New York, NY 10116-2845	Express Scripts Attn: Medicare Parte D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si lo aceptamos o lo rechazamos

Sección 3.1 Hacemos una evaluación para ver si debemos cubrir un servicio o un medicamento, y para determinar cuánto adeudamos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento tienen cobertura y usted cumplió con todas las reglas, le pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio. Si usted ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* tienen cobertura o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le pagaremos nuestra parte del costo por la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta para explicarle los motivos por los cuales no le enviamos el pago y sus derechos para apelar esta decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el importe que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, eso significa que nos pide que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Para ver detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad intercultural como miembro del plan

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
--------------------	--

Your 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 a plan may meet these accessibility requirements include, but are not 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. Information is available for free in other languages. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service.

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 the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Customer Service. You may 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.

Sección 1.1	Debemos proporcionar información en un formato que a usted le sirva y se condiga con su sensibilidad intercultural (en otros idiomas además de inglés, braille, en letras grandes o formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, incapacidad auditiva o antecedentes étnicos y culturales diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene a disposición un servicio de interpretación gratuito para responder a

las preguntas de miembros que no hablen inglés. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Además, si lo necesita, le ofrecemos información en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo alguno. Estamos obligados a ofrecer información acerca de los beneficios del plan en un formato que le resulte accesible y que sea adecuado para usted. Para recibir información nuestra en un formato que le sirva, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Nuestro plan debe ofrecer a las mujeres afiliadas la posibilidad de acceder directamente 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 dentro de la red del plan no hay proveedores disponibles en una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores de esa especialidad fuera de la red para que le proporcionen la atención necesaria. En ese caso, solo pagará su participación en los costos 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 y saber adónde acudir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún inconveniente para obtener información de nuestro plan en un formato en el que le resulte accesible y adecuado, llame para presentar una queja ante el Servicio de Atención al Cliente. También puede presentar una queja ante Medicare, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizar que usted acceda de forma oportuna a sus servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que brinde y coordine los servicios cubiertos. No requerimos que obtenga referidos.

Tiene derecho a que se le dé cita y a que se le proporcionen servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un plazo de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho de recibir servicios de forma oportuna de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho de recibir el surtido o resurtido de recetas o en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo de tiempo razonable, en el Capítulo 9 se provee información sobre lo que puede hacer al respecto.

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

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus historiales clínicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo requerido por estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la **información personal** que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus historiales clínicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Aviso de confidencialidad clínica*, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican abajo, si tenemos la intención de dar información de su salud a cualquier persona que no esté brindándole atención o pagando por su atención, *estamos obligados, en primer lugar, a obtener un permiso por escrito de usted o de la persona a quien usted le haya dado un poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Existen algunas excepciones que no requieren que tengamos su permiso escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro del plan a través de Medicare, estamos obligados a entregar a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación o para otros usos, esto se hará conforme a las leyes y regulaciones federales. Normalmente, estas exigen que no se revele información que lo identifique personalmente.

Puede consultar la información de sus registros y saber de qué manera se ha compartido con otros

Tiene derecho de examinar sus historiales clínicos que conserva el plan y de obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por las copias. Asimismo, tiene derecho de solicitarnos que incorporemos algo o hagamos correcciones en sus historiales clínicos. Si nos solicita esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho de saber cómo se ha compartido su información de salud con otros por motivos que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información de salud personal, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.4 Le debemos ofrecer información sobre el plan, su red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de EmblemHealth VIP Dual, tiene derecho a obtener diferentes tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio de Atención al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y sobre cómo le pagamos a los proveedores de nuestra red.

- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4 se proporciona información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 se proporciona información sobre la cobertura de medicamentos con receta Parte D.
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9 se 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 está restringida. En el Capítulo 9 también se proporciona información sobre cómo solicitar que cambiemos una decisión, también llamada “apelación”.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su cuidado de la salud.

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

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su cuidado de la salud. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si nuestro plan las cubre. Esto, además, incluye que se le informe sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen sobre los riesgos de su atención. Se le debe informar con anticipación si algún tipo de atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar los tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar los tratamientos recomendados. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar su medicamento, acepta la responsabilidad plena de lo que le suceda en el cuerpo como consecuencia de ello.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si quiere*, puede:

- Completar un formulario por escrito a fin de otorgar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en lugar de usted** si en algún momento no puede tomar decisiones por usted mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por usted mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **directivas médicas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas médicas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos, como la **declaración de voluntad anticipada** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de directivas médicas anticipadas.

Si desea utilizar una directiva médica anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva médica anticipada de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de insumos de oficina. A veces, puede obtener formularios de directivas médicas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio de Atención al Cliente para solicitar los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debe considerar contar con la ayuda de un abogado para preparar el documento.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario que pueda tomar las decisiones en nombre de usted si usted no puede hacerlo. Puede entregar copias a amigos cercanos o miembros de su familia. Conserve una copia en su casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva médica anticipada, **lleve una copia al hospital**.

- En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva médica anticipada y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directiva médica anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es decisión suya completar o no una directiva médica anticipada (incluido si desea o no firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle el cuidado ni discriminarlo en función de si ha firmado o no una directiva médica anticipada.

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva médica anticipada y considera que un médico o un hospital no respetaron las instrucciones de dicha directiva, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Si desea presentar una queja sobre un hospital, debe llamar al 1-800-804-5447. Si desea presentar una queja sobre un médico, debe llamar al 1-800-663-6114.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, inquietud o queja, y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se explica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **debemos tratarlo de manera justa**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.

Si cree que ha recibido un tratamiento injusto o que sus derechos no fueron respetados por motivos de su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad de origen, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que ha recibido un trato injusto o que sus derechos no fueron respetados y *no* es un asunto de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia con seguros de salud**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Cliente**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia con seguros de salud**. Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).
 - También tiene el derecho de hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades

Las cosas que debe hacer como miembro del plan se presentan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de Atención al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta Evidencia de Cobertura para saber qué está cubierto en su caso y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 se brindan detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 se brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura del seguro de salud o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** En el Capítulo 1 se informa sobre la coordinación de estos beneficios.

- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.**
Muestre su tarjeta de miembro del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que reciba atención médica o medicamentos con receta Parte D.
- **Colabore con sus médicos y con otros proveedores, para que ellos lo ayuden a usted, brindándoles información, haciendo preguntas y siguiendo las pautas que le den para su cuidado.**
 - Para obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que recibe, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. Asimismo, esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y de otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
 - Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el medicamento.
 - Si debe pagar el importe adicional por la Parte D porque sus ingresos son más elevados (como se informa en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando este importe directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se traslada *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 ¿Qué hacer si tiene un problema o una inquietud?

En este capítulo se explican los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que debe seguir para tratar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema se refiere a beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.
2. El tipo de problema que tenga:
 - Para algunos problemas, debe seguir el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe seguir el **proceso para la presentación de quejas**, también llamadas “querellas”.

Estos procesos tienen la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

En la guía que aparece en la Sección 3, obtendrá asistencia para identificar el proceso correcto que debe seguir e información sobre qué debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, en este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente aparece presentar una queja en lugar de interponer una querrela; decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización integrada, determinación de cobertura o determinación de riesgo; y organización de evaluación independiente en lugar de Entidad de evaluación independiente.
- Asimismo, las abreviaturas se usan lo menos posible.

No obstante, puede ser útil y, algunas veces, bastante importante, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le ayudará a comunicarse de manera más precisa para obtener la asistencia o la información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a conocer qué términos debe emplear, incluimos términos legales cuando brindamos detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. A continuación, encontrará dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia con Seguros de Salud (SHIP)

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro tratamiento, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. A continuación, encontrará dos entidades que pueden ayudarlo.

Los servicios de los orientadores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

- Puede llamar al 1-800-701-0501.
- También puede visitar <https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance>.

Para obtener información por parte de Medicaid, puede llamar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid) al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 (el servicio de retransmisión del Estado de Nueva York)

SECCIÓN 3 Información sobre quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esas situaciones, usted utiliza 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** de este capítulo, *Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2*

PROBLEMAS CON LOS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo correspondientes a su situación. La siguiente información lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o cobertura?

Esto incluye 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.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, “Guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No.

Pase a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes”**.

SECCIÓN 5 Guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general
--------------------	--

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 con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos, servicios y medicamentos con receta de Medicare Parte B como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al importe que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la Evidencia de

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

cobertura deje en claro que el servicio derivado nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindar el cuidado médico que usted considera que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura se desestimarán, lo que significa que no evaluaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimarán una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una evaluación de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cuando decidimos qué cubriremos en su caso y cuánto pagaremos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitar que evaluemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación acelerada** o rápida de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por diferentes revisores que no son los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, evaluamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos todas las reglas adecuadamente. Cuando hayamos completado la evaluación, le informaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 se desestimarán, lo que significa que no evaluaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimarán una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una evaluación de la desestimación.

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

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 7 de este capítulo.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a otros niveles de apelación (en la Sección 10 de este capítulo se explica el proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2 **Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

Aquí, se presentan recursos que se pueden usar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente.**
 - Usted **puede obtener ayuda gratuita** de su Programa de asistencia con seguros de salud del estado.
 - **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden hacer una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación superior al Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Servicio de Atención al Cliente y pida el formulario *Nombramiento de 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 emblemhealth.com/medicare).
 - Para casos de atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Si su médico u otro proveedor de salud solicitan que se continúe con un servicio o artículo que usted ya está recibiendo durante su apelación, **es posible** que deba nombrar a su médico u otro profesional autorizado para recetar como representante para que actúe en su nombre.
 - Para los medicamentos con receta Parte D, su médico u otro profesional autorizado para recetar pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o profesional autorizado para recetar puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en nombre de usted.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al Servicio de Atención al Cliente y pida el formulario *Nombramiento de 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 emblemhealth.com/medicare). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que lo represente. Debe darnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra evaluación hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos su derecho a solicitar a la organización de

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

evaluación independiente que haga una evaluación de nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de derivación. También hay grupos que ofrecen servicios legales gratuitos, si usted califica. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona información detallada de su situación?

Hay cuatro situaciones diferentes que conllevan decisiones de cobertura y apelaciones. Debido a que cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite, ofrecemos información detallada de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos con receta Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (esta sección se aplica solo a estos servicios: cuidado de salud en el hogar, atención en centro de enfermería especializada y centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, siglas en inglés))

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Servicio de Atención al Cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa estatal de asistencia con seguros de salud.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1 En esta sección, se le informa qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le hagamos un reembolso por nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes para solicitar un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera son diferentes las reglas para los medicamentos con receta Parte B con respecto a las reglas para los artículos y servicios médicos.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

En esta sección, se le informa qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe cierta atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero hemos determinado que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó la atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse el pago por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Le informan que la cobertura de cierta atención médica que ha recibido (que hemos aprobado previamente) se reducirá o se interrumpirá, y considera que eso podría ser perjudicial para su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, cuidado de salud en el hogar, atención en centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios, debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización**.

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

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

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura acelerada, debe cumplir con dos requisitos:

Puede *solicitar cobertura solamente* para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).

- Puede obtener una decisión de cobertura acelerada *solamente* si el uso de las fechas límite estándar podría *provocar daños graves a su salud o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si pide una decisión de cobertura acelerada por su propia cuenta, sin el apoyo de su**

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

médico, nosotros decidiremos si su salud lo requiere. Si no aprobamos una decisión de cobertura acelerada, le enviaremos una carta en la que se explicará lo siguiente:

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

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura acelerada.

- Para empezar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de Medicare Parte B**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja de respuesta 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 de apelaciones. Para obtener más información sobre las quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

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

Una decisión de cobertura acelerada 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 con receta de Medicare Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja de respuesta rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos ni bien tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión.

Paso 4: Si nuestra respuesta es “no” a su solicitud de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es “no”, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que procederá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración del plan**.

Una apelación acelerada también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación acelerada.

Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación acelerada se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación acelerada. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación acelerada, le daremos una apelación acelerada.

Los requisitos para obtener una apelación acelerada son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación acelerada.

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación acelerada, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se atrasa cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una justificación aceptable pueden incluir una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su decisión médica. Usted y su médico pueden brindarnos información adicional para apoyar su apelación.**

Si le informamos que íbamos a interrumpir o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos 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 tomar la acción propuesta.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 posteriores a la fecha del matasello que aparece en nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con esta fecha límite, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras la apelación de Nivel 1 esté pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando evaluamos su apelación, volvemos a examinar cuidadosamente toda la información. Hacemos un control para ver si cumplimos con todas las reglas al momento de rechazar su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación acelerada

- En el caso de las apelaciones aceleradas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período prorrogado si necesitamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una organización de evaluación independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es “no” para todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de evaluación independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de evaluación 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 haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B que aún no ha recibido, le daremos una respuesta en **un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su afección así lo exige.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarlo a usted, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, le informaremos por escrito. No podemos tardarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si considera que **no** deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja de respuesta rápida. Cuando presenta una queja de respuesta rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período prorrogado), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde la apelación será evaluada por una organización de evaluación independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de **30 días calendario** si está solicitando un artículo o servicio médico, o en un plazo de **7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos de apelación adicionales.**
- 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 evaluación independiente para una apelación de Nivel 2.
 - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, en la carta se le informará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se hace una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de evaluación independiente es **Entidad de evaluación independiente**. A veces se la denomina **IRE** (siglas en inglés).

La **organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está vinculada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa este trabajo.

- Si su problema es sobre 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 del Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente **está cubierto por Medicaid**, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. En la carta se le indicará cómo hacerlo. La información también se encuentra a continuación.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar **cubierto por Medicare y Medicaid**, automáticamente recibirá una apelación de Nivel 2 de la Organización de evaluación independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial estatal.

Si calificó para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento de la apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la página 43 o la información sobre cómo continuar con sus apelaciones de beneficios de Nivel 1.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si su problema es sobre un servicio que generalmente está cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 de la organización de evaluación independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que generalmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir la carta con la decisión del plan.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:

Paso 1: La organización de evaluación independiente evalúa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Usted tiene el derecho de proporcionarle información adicional a la organización de evaluación independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de evaluación independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación acelerada en el Nivel 1, también se le concederá una apelación acelerada en el Nivel 2

- En el caso de la apelación acelerada, la organización de evaluación debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de evaluación independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de evaluación independiente no puede tardarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare 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 está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de evaluación debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B, la organización de evaluación debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Evaluación Independiente necesita reunir más información que podría beneficiarlo, **el proceso puede demorarse hasta 14 días calendario más**. La organización de evaluación independiente no puede tardarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.

Paso 2: La organización de evaluación independiente le da una respuesta.

La organización de evaluación independiente le informará la decisión por escrito y le explicará los motivos.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la organización de evaluación independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en el plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de **14 días calendario** de recibida la decisión de la organización de evaluación independiente para las **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, **tenemos 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de evaluación independiente.
- **Si la organización de evaluación independiente acepta todo o parte de una solicitud para un medicamento con receta de Medicare Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en **un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de evaluación independiente para casos de **solicitudes estándar**, o en un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de evaluación independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza total o parcialmente la apelación que usted hizo**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de evaluación independiente le enviará una carta que:
 - Le explicaremos su decisión.
 - Una notificación sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita cumple con un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de evaluación independiente le informará el importe en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Información sobre 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. Los detalles sobre cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
 - La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador legal. En la **Sección 10** de este capítulo, se explican los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicaid generalmente cubre:

Paso 1: Puede solicitar una audiencia imparcial estatal.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios que suele cubrir Medicaid es una audiencia imparcial con el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** posteriores a la fecha en que enviamos la carta con la decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le indicará dónde enviar su solicitud de audiencia.
- Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial con el estado sobre esta decisión **después** de solicitar una apelación al plan de Medicaid **y en los siguientes casos**:
 - Si recibe una Determinación Adversa Definitiva (FAD). Contará con 120 días a partir de la fecha de la Determinación Adversa Definitiva para solicitar una audiencia imparcial; **O**
 - Si se agotó el tiempo que tenemos para decidir su apelación al plan de Medicaid, incluida cualquier extensión. **Si no recibe una respuesta a su apelación ante el plan de Medicaid o no tomamos una decisión a tiempo, puede solicitar una audiencia imparcial.**

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para solicitar una audiencia imparcial, llame al 1-800-342-3334 (TTY: 711) o complete el formulario en línea en <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>.

Paso 2: La oficina de audiencia imparcial le da su respuesta.

La oficina de audiencia imparcial le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la oficina de la audiencia imparcial aprueba una parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo en un plazo de 72 horas de recibida la decisión de la oficina de la audiencia imparcial.
- **Si la oficina de la audiencia imparcial rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe aprobar. (Esto se llama **confirmar la decisión o rechazar su apelación**).

Si la decisión es negativa para todo o parte de lo que solicitó, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la decisión de la organización de evaluación independiente o de la oficina de audiencia imparcial es negativa para todo o parte de lo que solicitó, tiene **derechos de apelación adicionales**.

La carta que reciba de la oficina de audiencia imparcial tendrá una descripción de la siguiente opción de apelación.

Para obtener más información sobre sus derechos de apelación de Nivel 2, consulte la **Sección 10** de este capítulo.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si desea solicitar el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este documento: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que puede necesitar solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. Además, se explica cómo enviarnos la documentación del pago que nos solicita.

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura que supera su copago por servicios y artículos cubiertos por *Medicaid*, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

Para pedir que le reembolsen algo que ya pagó:

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de **Medicaid**. Si recibe una factura que supera su copago por servicios y artículos cubiertos por *Medicaid*, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos pondremos en contacto con el proveedor de atención médica directamente y resolveremos el problema de facturación. Sin embargo, si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si cumplió las normas para obtener el servicio o artículo.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o nos solicita que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid que usted pagó, deberá pedirnos que tomemos esta decisión de cobertura. Controlaremos si la atención médica que pagó es de un servicio cubierto. También controlaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- Si la atención médica de Medicare tiene cobertura, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo de 60 días calendario después de recibida su solicitud.
 - Si la atención de Medicaid por la que usted pagó a un proveedor de atención médica está cubierta y usted cree que deberíamos pagarle al proveedor de atención médica en su lugar, le enviaremos a su proveedor de atención médica el pago de la parte que nos corresponde del costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Entonces deberá comunicarse con su proveedor de atención médica para que le devuelva el dinero. Si aún no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor de atención médica.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* tiene cobertura o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de desestimarla, **puede presentar una apelación**. Si lo hace, significa que nos pide que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando desestimamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita un reintegro por la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación acelerada.
- Si la organización de evaluación independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es “sí” en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado, ya sea a usted o al proveedor de atención médica, en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1	En esta sección, se le informa qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento Parte D o si desea un reembolso por el pago de un medicamento Parte D
--------------------	---

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para que el medicamento tenga cobertura, debe usarse para una indicación aceptada médicamente.

(Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, solo se abordan los 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 ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Farmacopea*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en su farmacia le informan que su receta no puede surtirse tal como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito con el que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura de la Parte D y apelaciones

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 sobre el importe que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se le informa qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan*. **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitarnos que no apliquemos una restricción de la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitarnos pagar un importe menor por la participación en los costos de un medicamento cubierto que se encuentra en un nivel de participación en los costos superior. **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pagar un medicamento con receta que ya compró. **Solicitarnos un reintegro. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” se denomina, en ocasiones, **excepción a la Farmacopea**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **excepción a la Farmacopea**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, **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 u otro profesional autorizado para recetar deberán explicar los motivos médicos por los cuales usted necesita que se apruebe la excepción. Aquí, hay tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional autorizado para recetar nos pueden pedir que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra “Lista de medicamentos”.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la “Lista de medicamentos”, deberá pagar el importe de costo compartido que se aplique a todos nuestros medicamentos. No puede pedir una excepción para el importe de participación en los costos que le exigimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminación de una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra “Lista de Medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicarle una restricción, puede solicitar una excepción del importe de copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.
- 3. Cambio en la cobertura de un medicamento a un nivel de participación en los costos inferior.** Todos los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos” se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de participación en los costos, menos pagará por su parte del costo del medicamento.
 - Si nuestra “Lista de medicamentos” tiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al importe de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con una participación en los costos más baja. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitar que cubramos su medicamento por el importe de participación en los costos que se aplica a el nivel inferior que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitar que cubramos su medicamento por el importe de participación en los costos que se aplica a el nivel inferior que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
 - No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de participación en los costos de ningún

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

medicamento del *nivel de especialidad (Nivel 5)*

- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel inferior de participación en los costos con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el importe más bajo.

Sección 7.3 Información importante sobre cómo solicitar excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos.

Su médico u otro profesional autorizado para recetar deben darnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más acelerada, incluya esta información médica de su médico u otro profesional autorizado para recetar cuando solicite la excepción.

Generalmente, la “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 fuera igual de eficaz que el medicamento que está solicitando y no le provocara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general **no** aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en las categorías de participación en los costos más bajas no funcionen tan bien para usted o probablemente causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es así siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra evaluación mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal

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

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura acelerada, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un *medicamento que aún no haya recibido*. (No puede solicitar una decisión

de cobertura acelerada para que le reintegremos un medicamento que ya compró).

- Usar las fechas límite estándares *puede provocar daños graves a su salud o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico o el profesional autorizado para recetar nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si pide una decisión de cobertura acelerada por su propia cuenta, sin el apoyo de su médico o de un profesional autorizado para recetar, nosotros decidiremos si su salud requiere que le brindemos una decisión de cobertura acelerada.** Si no aprobamos una decisión de cobertura acelerada, le enviaremos una carta en la que se explicará lo siguiente:
 - Que tenemos en cuenta los plazos estándar.
 - Que, si su médico u otro profesional autorizado para recetar pide la decisión de cobertura acelerada, se la daremos de forma automática.
 - Que le informa cómo puede presentar una queja de respuesta rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas después de haberla recibido.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Para empezar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de *solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid* (CMS, siglas en inglés) o en nuestro formulario del plan, el cual está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional autorizado para recetar) o su representante pueden hacerlo. Además, puede estar representado por un abogado. En la Sección 4 de este capítulo, se le informa cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es el motivo médico de la excepción. Su médico u otro profesional autorizado para recetar puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otro profesional autorizado para recetar pueden informarnos por teléfono y hacer un seguimiento, por fax o por correo, con una declaración por escrito si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Debemos darle nuestra respuesta en **un plazo de 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico que apoye su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una organización de evaluación independiente.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que apoye su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión. También le informaremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que apoye su solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una organización de evaluación independiente.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que apoye su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión. También le informaremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una organización de evaluación independiente.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si nuestra respuesta es “no” a su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

Si nuestra respuesta es “no”, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que procederá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Término legal

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación** del plan.

Una apelación acelerada también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación acelerada.

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días. Generalmente, una apelación acelerada se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación acelerada.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o el profesional autorizado para recetar tendrán que decidir si necesita una apelación acelerada.
- Los requisitos para obtener una apelación acelerada son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Para iniciar una apelación, usted, su representante, su médico u otro profesional autorizado para recetar debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación acelerada.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones aceleradas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 877-344-7324 (TTY: 711).** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura con el modelo de CMS que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir 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 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un buen motivo para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se atrasa cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una justificación aceptable pueden incluir una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.**
Usted y su médico pueden brindarnos información adicional para apoyar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando evaluamos su apelación, volvemos a examinar cuidadosamente toda la información de su solicitud de cobertura. Hacemos un control para ver si cumplimos con todas las reglas al momento de rechazar su solicitud. Podemos comunicarnos con usted, su médico u otro profesional autorizado para recetar para obtener más información.

Plazos para una apelación acelerada

- En el caso de las apelaciones aceleradas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una organización de evaluación independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión y cómo apelarla.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta en **un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección así lo exige.
 - Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una organización de evaluación independiente. La **Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura lo antes posible según lo exija su estado de salud, pero sin superar los **7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión y cómo apelarla.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una organización de evaluación independiente.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.

- Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si nuestra respuesta es “no” a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y realizar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de evaluación independiente es **Entidad de evaluación independiente**. A veces se la denomina **IRE** (siglas en inglés).

La **organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está vinculada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa este trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional autorizado para recetar) debe comunicarse con la organización de evaluación independiente y solicitar una evaluación de su caso.

- Si nuestra respuesta es “no” a su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de evaluación independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de evaluación. Sin embargo, si no completamos nuestra evaluación dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene el derecho de proporcionarle información adicional a la organización de evaluación independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de evaluación independiente evalúa su apelación.

Los revisores de la organización de evaluación independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación acelerada

- Si su salud lo requiere, pida una apelación acelerada a la organización de evaluación independiente.

- Si la organización acepta darle una apelación acelerada, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de evaluación debe darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 en **un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación si se trata de un medicamento que usted aún no ha recibido. Si solicita que le reintegremos el importe de un medicamento que ya compró, la organización de evaluación debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de evaluación independiente le da una respuesta.

En el caso de las apelaciones aceleradas:

- **Si la respuesta de la organización de evaluación independiente es “sí” para todo o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de evaluación **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de evaluación.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de evaluación independiente aprueba total o parcialmente su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de evaluación **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de evaluación.
- **Si la organización de evaluación independiente aprueba total o parcialmente su solicitud de reintegro** de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de evaluación.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de evaluación es “no” a su apelación?

Si esta organización rechaza total o parcialmente la apelación que usted hizo, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión** o también **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de evaluación independiente le enviará una carta que:

- Le explicaremos su decisión.
- Le notificaremos sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es la definitiva.
- Le informaremos el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea avanzar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (que dan un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo

están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador legal. En la **Sección 10** de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que saldrá del hospital. También ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de salir del hospital.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando esté decidida su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su estadía hospitalaria como paciente ingresado, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le informan sus derechos
--

Dentro de los dos días posteriores a su admisión en el hospital, se le entregará un aviso por escrito titulado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de parte alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o profesional de enfermería), solicítela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. Se le informa lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía hospitalaria, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
- Su derecho a participar en todas las decisiones sobre su estadía hospitalaria.
- Dónde informar las inquietudes que tenga sobre la calidad de su atención en el hospital.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a quien actúe en su nombre que firme el aviso.
- La firma del aviso *solamente* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. La firma del aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con una fecha de alta.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

3. Guarde su copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de que se programe el alta.

Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Asimismo, puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios en el hospital para pacientes ingresados por un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente. O bien, llame a su Programa de asistencia de Seguro de salud del estado, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de mejora de la calidad evalúa su apelación. Compruebe si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización de mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud contratados por el gobierno federal para controlar y mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare. Incluye la evaluación de fechas de altas hospitalarias para personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de mejora de la calidad de su estado y pida una “evaluación inmediata” de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad *antes* de irse del hospital y **a más tardar hasta la medianoche del día de su alta.**
 - **Si cumple con este plazo,** podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta **sin pagar por esto** mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización de mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización de mejora de la calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Una vez que solicite una evaluación inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de mejora de la calidad se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso indica su fecha de alta planificada y explica en detalle los motivos por los que el médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de un dispositivo TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización de mejora de la calidad realiza una evaluación independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la organización de mejora de la calidad (los evaluadores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y evaluarán información que el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.
- A más tardar al mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le indicará la fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: Al cabo de un día completo de contar con toda la información necesaria, la Organización de mejora de la calidad responderá a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es “sí”?

- Si la organización de evaluación acepta, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es “no”?

- Si la organización de evaluación responde no, significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios de paciente internado terminará al mediodía del día después de que la Organización de Mejora de la Calidad responda a su apelación.**
- Si la organización de evaluación rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización de Mejora de la Calidad responda a su apelación.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejora de la Calidad ha dicho *no* a su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización de mejora de la calidad que haga otra evaluación de la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización de mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta hospitalaria planificada.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de mejora de la calidad y pida otra evaluación.

- Debe pedir esta evaluación en un **plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta evaluación solamente si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización de mejora de la calidad realiza una segunda evaluación de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad revisarán nueva y detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de haber recibido su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de evaluación dice “sí”:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes ingresados mientras sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de evaluación dice “no”:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación.

Paso 4: Si la respuesta es “no”, deberá decidir si desea seguir con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (que dan un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador legal. La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital?

Término legal

A la evaluación acelerada (o apelación acelerada) también se la denomina **apelación rápida**.

Puede presentarnos la apelación a nosotros.

Como se explica anteriormente, debe actuar rápido para comenzar su apelación de Nivel 1 de su fecha de alta del hospital. Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización de mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una evaluación acelerada.

- **Pida una evaluación acelerada.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una evaluación acelerada de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta evaluación, analizamos toda la información sobre su estadía hospitalaria. Hacemos una comprobación para ver si su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Veremos si la decisión sobre cuándo debe salir del hospital fue justa y si se siguieron todas las reglas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una evaluación acelerada.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita estar en el hospital después de la fecha del alta. Continuaremos brindándole servicios hospitalarios como paciente ingresado cubiertos durante todo el tiempo que estos sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que indicamos que terminaría su cobertura. (Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

- **Si rechazamos su apelación**, significa que su fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios de paciente internado termina el día en que dijimos que terminaría su cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación acelerada, su caso se enviará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alterna* de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de evaluación independiente es **Entidad de evaluación independiente**. A veces se la denomina **IRE** (siglas en inglés).

La **organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare**.

No está vinculada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa este trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de evaluación independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de evaluación independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de evaluación independiente hace una evaluación acelerada de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de evaluación independiente revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- **Si la organización acepta su apelación**, entonces debemos (devolverle) el dinero por nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde su fecha de alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios de paciente internado mientras sean médicamente necesarios. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, esto podría limitar cuánto le reembolsaríamos o durante cuánto tiempo continuaríamos cubriéndole sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo en que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que reciba de la organización de evaluación independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un mediador legal.

Paso 3: Si la organización de evaluación independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (que dan un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o pasar al Nivel 3 de apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que mantengamos la cobertura de determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 9.1 En esta sección se abordan tres servicios solamente: Cuidado de salud en el hogar, atención del centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.**

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación acelerada.** La solicitud de una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le brinda información sobre:
 - Le indicará la fecha en la que dejaremos de cubrirle la atención.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
- 2. Se le pedirá a usted o a quien actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Al firmar el aviso, *solamente* demuestra que recibió la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Su firma no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de detener la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si quiere pedirnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente. O llame a su Programa estatal de asistencia con seguros de salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de mejora de la calidad evalúa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de mejora de la calidad y pida una *apelación acelerada*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **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 le pasa el plazo para comunicarse con la Organización de mejora de la calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización de mejora de la calidad realiza una evaluación independiente de su caso.

Término legal

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta evaluación?

- Los profesionales de la salud de la organización de mejora de la calidad (los evaluadores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- La organización de evaluación también analizará su información médica, hablará con su médico y evaluará información que nuestro plan les haya proporcionado.
- Al terminar el día, los revisores nos informarán sobre su apelación, y también recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra que explica en detalle nuestros motivos para terminar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los evaluadores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores aceptan su apelación, **debemos continuar brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que estos sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores rechazan su apelación, entonces **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide seguir recibiendo el cuidado de salud en el hogar, la atención del Centro de enfermería especializada o los servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) **después** de esta fecha en que termina su cobertura, **usted deberá pagar la totalidad del costo** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es “no”, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los evaluadores rechazan su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización de mejora de la calidad que haga otra evaluación de la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total del cuidado de salud en el hogar, la atención del centro de enfermería especializada o los servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de mejora de la calidad y pida otra evaluación.

- Debe pedir esta evaluación **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad haya *rechazado* su Apelación de Nivel 1. Puede pedir esta evaluación solamente si continuó recibiendo atención después de la fecha en la que finalizó la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización de mejora de la calidad realiza una segunda evaluación de su situación.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad revisarán nueva y detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de evaluación dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar brindando cobertura** de la atención mientras sea médicamente necesaria.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de evaluación la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará los detalles sobre cómo seguir al siguiente nivel de apelación, a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o mediador legal.

Paso 4: En caso de rechazo, deberá decidir si desea seguir con su apelación en el siguiente nivel.

- Hay tres niveles más de apelación después del Nivel 2, que hacen un total de cinco niveles de apelación.
Si desea continuar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador legal.

En la Sección 10 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?

Puede presentarnos la apelación a nosotros.

Tal como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un plazo de un día o dos, como máximo). Si se le pasa el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, **los dos primeros niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alterna de Nivel 1

Término legal

A la evaluación acelerada (o apelación acelerada) también se la denomina **apelación rápida.**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una evaluación acelerada.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Pida una evaluación acelerada.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los estándares. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una evaluación acelerada de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta evaluación, analizamos toda la información sobre su caso. Hacemos una comprobación para ver si se siguieron todas las reglas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura por parte del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una evaluación acelerada.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos acordado con usted que necesita los servicios durante más tiempo y continuaremos brindándole los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en la que indicamos que terminaría su cobertura. (Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** entonces su cobertura terminará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si siguió recibiendo cuidado de salud en el hogar, atención del Centro de Enfermería Especializada o servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, **usted deberá pagar la totalidad del costo** de esta atención.

Paso 4: Si decimos “no” a su apelación acelerada, su caso se enviará automáticamente al próximo nivel del proceso de apelaciones.

Término legal

El nombre formal para la organización de evaluación independiente es **Entidad de evaluación independiente**.

A veces se la denomina **IRE** (siglas en inglés).

Paso a paso: Proceso de apelación alterna de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de evaluación independiente** revisa la decisión que tomamos con respecto a su apelación acelerada. Esta organización determina si la decisión debe cambiarse. **La organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no es un organismo gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para hacer la tarea de la organización de evaluación independiente. Medicare supervisa este trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la organización de evaluación independiente.

- Debemos enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de evaluación independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en el que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de evaluación independiente hace una evaluación acelerada de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de evaluación independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos devolverle el dinero por nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. También debemos continuar brindando cobertura de la atención mientras sea médicamente necesaria. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones en la cobertura, esto podría limitar cuánto le reembolsaríamos o durante cuánto tiempo continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan para su primera apelación y no la cambiará.
 - El aviso que reciba de la organización de evaluación independiente le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar y presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de evaluación independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir con su apelación.

- Hay tres niveles más de apelación después del Nivel 2, que hacen un total de cinco niveles de apelación.
Si desea continuar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

Una apelación de Nivel 3 es evaluada por un Juez de Derecho Administrativo o mediador. En la Sección 10 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 El proceso de apelación después del Nivel 3

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del servicio médico o artículo por el que apela cumple con determinados niveles mínimos, es posible que pueda continuar en otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá continuar apelando. La respuesta que reciba por escrito a su apelación de Nivel 2 explicará cómo solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera similar. Le mostramos quién maneja la evaluación de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un Juez de Derecho Administrativo o un mediador legal que trabaja para el gobierno federal evaluarán su apelación y le darán una respuesta.
-----------------------------	--

- **Si el juez de derecho administrativo o el mediador legal aceptan su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.** A diferencia de una apelación en

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de Derecho Administrativo o mediador legal.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con cualquier documento suplementario. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o mediador legal rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.**

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el próximo nivel del proceso de evaluación. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones** (Consejo) de Medicare evaluará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es “sí” o el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.**

A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelaremos esta decisión en el Nivel 5.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.

- **Si la respuesta es “no” o el Consejo rechaza la solicitud de evaluación, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.**

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el próximo nivel del proceso de evaluación. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten seguir a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de este nivel.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** evaluará su apelación.

- Un juez evaluará toda la información y decidirá si responder “sí” o “no” a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

Sección 10.2

Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos Parte D

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento por el que apela cumple con un importe determinado en dólares, es posible que pueda continuar en otros niveles de apelación. Si el importe en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta que reciba por escrito a su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera similar. Le mostramos quién maneja la evaluación de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un Juez de Derecho Administrativo o un mediador legal que trabaja para el gobierno federal evaluarán su apelación y le darán una respuesta.
-----------------------------	--

- **Si la respuesta es “sí”, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Juez de Derecho Administrativo o mediador legal **en el plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones urgentes) o realizar el pago no más de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es “no”, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el próximo nivel del proceso de evaluación. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare evaluará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.
-----------------------------	--

- **Si la respuesta es “sí”, el proceso de apelaciones termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones urgentes) o realizar el pago no más de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el próximo nivel del proceso de evaluación. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de evaluación de apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten seguir a una apelación de Nivel 5. También le dirá con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal del Distrito Federal evaluará su apelación.
-----------------------------	---

- Un juez revisará toda la información y decidirá si responder “sí” o “no” a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa para determinados tipos de problemas *solamente*. Incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluido el cuidado de hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio de atención al cliente deficiente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none">• ¿Alguien fue descortés o irrespetuoso con usted?• ¿No está satisfecho con nuestro Servicio de Atención al Cliente?• ¿Siente que lo están incentivando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none">• ¿Tiene problemas para obtener una cita o debe esperar demasiado para obtenerla?• ¿Ha tenido que esperar mucho a los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O lo ha hecho esperar nuestro Servicio de Atención al Cliente u otro personal del plan?<ul style="list-style-type: none">○ Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o al adquirir un medicamento con receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está satisfecho con la limpieza o las condiciones de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que le proporcionamos	<ul style="list-style-type: none">• ¿No le enviamos un aviso requerido?• ¿Es difícil comprender nuestra información por escrito?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas se relacionan con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si nos solicitó una “decisión de cobertura acelerada” o una “apelación acelerada” y dijimos que no; puede presentar una queja.• Si cree que no cumplimos con los plazos para tomar decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja.• Si usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos artículos médicos, servicios o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja.• Si cree que no cumplimos con los plazos para reenviar su caso a la organización de evaluación independiente, puede presentar una queja.

Sección 11.2 **Cómo presentar una queja**

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **querella**.
- **Presentar una queja** también se denomina **interponer una querella**.
- **Usar el proceso para quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer una querella**.
- Una **queja de respuesta rápida** también se denomina una **querella de expedición urgente**.

Sección 11.3 **Paso a paso: Presentación de una queja**

Paso 1: Comuníquese con nosotros a la brevedad, ya sea por teléfono o por escrito.

- **En general, llamar al Servicio de Atención al Cliente es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, el Servicio de Atención al Cliente se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no está satisfecho con la respuesta), puede asentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- El reclamo (queja) del miembro se debe presentar en un plazo de 60 días a partir de la fecha del incidente que generó la queja, escribiendo a:

EmblemHealth Medicare HMO
Attn: Grievance & Appeals
P.O. Box 2807
New York, NY 10116-2807

o bien, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al siguiente número:
1-877-344-7364 Los usuarios de TTY deben llamar al **711**
Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

Si alguien presenta un reclamo en su nombre, este debe incluir un “Formulario de Designación de representante” que autorice a la persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono son los indicados anteriormente) y solicite un “Formulario de Designación de representante”. 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 emblemhealth.com/medicare. Si bien podemos aceptar un reclamo sin el formulario, no podemos completar nuestra evaluación hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días después de recibir su solicitud de reclamo (nuestra fecha límite para responder a su reclamo), su solicitud de reclamo se cerrará.

Se le enviará un acuse de recibo por escrito en un plazo de 15 días después de la fecha en que EmblemHealth Medicare haya recibido el reclamo. Incluirá una solicitud de cualquier información adicional necesaria para resolver el reclamo e identificará el nombre, la dirección y el número de teléfono del departamento que se haya designado para responderlo.

Investigaremos su queja y le notificaremos sobre nuestra decisión tan rápidamente como lo requiera su caso, en función de su estado de salud, pero no más de 30 días calendario después de haber recibido su queja. Este período se podría ampliar hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión, o si justificamos la necesidad de recibir información adicional y el retraso lo beneficia a usted. Le notificaremos si se requiere una extensión.

Si solicita una determinación de organización expedita, una determinación de cobertura expedita, una reconsideración expedita o una redeterminación expedita, es posible que decidamos que su solicitud no cumple con los criterios de urgencia y, en consecuencia, procesaremos su solicitud usando los plazos para una solicitud estándar. Si decidimos que su solicitud no es urgente o pedimos una extensión para su solicitud, puede solicitar un reclamo de expedición urgente. EmblemHealth debe responder a su reclamo expedito en un plazo de 24 horas a partir de la solicitud. La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con el Servicio de atención al cliente de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora va en interés suyo o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, le informaremos por escrito.

- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación acelerada, automáticamente le concederemos una queja de respuesta rápida.** Si se le ha concedido una queja de respuesta rápida, quiere decir que le daremos una **respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja, o no nos hacemos cargo del problema por el que se está quejando, incluiremos los motivos en la respuesta que le brindemos.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejora de la Calidad

Cuando su queja tiene que ver con la *calidad de la atención*, tiene dos opciones más:

- **Puede presentar su queja ante la Organización de mejora de la calidad.** La Organización de mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud contratados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejora de la Calidad y nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informar a Medicare y Medicaid sobre su queja

Puede presentar una queja sobre *EmblemHealth VIP Dual* directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TDD/TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas con los beneficios de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o artículos que Medicaid generalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de audiencia imparcial le dirá qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Sobre las decisiones para los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid, puede solicitar a EmblemHealth VIP Dual una apelación al plan a través de Medicare y Medicaid. Una apelación al plan de Medicaid le ofrece derechos de apelación diferentes a los de una apelación al plan de Medicare. El proceso de apelación al plan de Medicaid incluye el derecho a una audiencia imparcial con el estado y, en algunos casos, el derecho a una apelación externa del Estado de Nueva York.

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene un problema o queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Si desea mantener sus servicios

- **Debe solicitar una apelación al plan de Medicaid dentro de los 10 días calendario de haber recibido un aviso de denegación o antes de que se interrumpan o reduzcan los servicios, lo que ocurra más tarde.**

Sus servicios seguirán siendo los mismos hasta que tomemos nuestra decisión. Su proveedor debe estar de acuerdo en que debe continuar recibiendo servicios. Si la apelación al plan no se decide a su favor, es posible que deba pagar los servicios que recibió mientras esperaba la decisión.

Si solicita una apelación al plan de Medicaid, aún tendrá 60 días a partir de la fecha de nuestra decisión de solicitar una apelación al plan de Medicare. Si solicita una apelación al plan de Medicare, no puede solicitar una apelación al plan de Medicaid o una vivienda justa del estado.

Tiene derecho a solicitar al estado una audiencia imparcial sobre nuestra decisión después de que le hayamos proporcionado nuestra decisión para una apelación de Medicaid. Puede solicitar una audiencia imparcial:

- Si recibe una Determinación Adversa Definitiva. Tiene 120 días a partir de la fecha del aviso para solicitar una audiencia imparcial.
- Si se agotó el tiempo que tenemos para decidir su apelación al plan de Medicaid, incluida cualquier extensión. Si no recibe una respuesta a su apelación ante el plan de Medicaid o no tomamos una decisión a tiempo, puede solicitar una audiencia imparcial. Para solicitar una audiencia imparcial, llame al 1-800-342-3334 (TTY: 711) o complete el formulario en línea en <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>.

CAPÍTULO 10:

*Cómo terminar su membresía en
el plan*

SECCIÓN 1 Introducción a cómo terminar su membresía en nuestro plan

La terminación de su membresía en EmblemHealth VIP Dual puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Usted podría abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información para terminar su membresía de forma voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no decide terminar la membresía, sino que nosotros debemos su membresía. La Sección 5 brinda información sobre las situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole su atención médica y sus medicamentos con receta y usted continuará pagando su costo compartido hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que usted pueda terminar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden terminar su membresía únicamente durante determinadas épocas del año. Como usted tiene Medicaid, es posible que pueda terminar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes períodos de inscripción especial:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si usted se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar hasta el próximo período para poder terminar su membresía o cambiarse a otro plan. No puede utilizar este período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre los meses de octubre y diciembre. No obstante, todas las personas que tienen Medicare pueden realizar cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, durante el período de inscripción anual.

La Sección 2.2 le brinda más información sobre el período de inscripción anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado
 - Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un plazo de 63 días o más, es posible que deba pagar una penalidad por

inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado para obtener información acerca de sus opciones de planes Medicaid (los números de teléfono están en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de haber recibido su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede terminar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el Período de inscripción abierta anual). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija si mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado

O

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.
- **Su membresía en nuestro plan terminará** cuando comience la cobertura del plan nuevo el 1.º de enero.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por salirse de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3 Puede terminar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted puede efectuar *un* cambio en su cobertura médica durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- El **Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo.

- **Durante el Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage** puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro Plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o al momento en que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede terminar su membresía durante un período de inscripción especial

En determinadas situaciones, puede ser elegible para terminar su membresía en otros momentos del año. Este se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Son tan solo ejemplos; para ver la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para la “Ayuda Adicional” para el pago de sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si no respetamos el contrato que tenemos con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC, siglas en inglés).
- Si se inscribe en el Programa integral de atención para personas de edad avanzada (PACE, siglas en inglés).

Nota: Si está en un programa de control de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5 se brinda más información sobre los programas de control de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le brinda más información acerca del período de inscripción especial para personas que tienen Medicaid.

- **Los períodos de inscripción varían** según su situación.
- **Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para terminar su membresía por una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir una de las siguientes opciones:
- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado

O

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por salirse de la inscripción automática.

Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de recibir su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información acerca del período de inscripción especial para personas que tienen Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar usted su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024).
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo termina usted su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe terminar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el plan de salud nuevo de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en el plan EmblemHealth VIP Dual se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare separado	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbase en el plan de medicamentos con receta nuevo de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en el plan EmblemHealth VIP Dual se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare separado. <ul style="list-style-type: none">○ Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por salirse de la inscripción automática.○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito• Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.• También puede comunicarse con Medicare al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Su inscripción en el plan EmblemHealth VIP Dual se cancelará cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se encuentra sin cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Departamento de Salud del Estado de Nueva York, comuníquese al 1-800-541-2831 (TTY 711). También puede comunicarse con el Programa de defensa de atención de largo plazo del estado de Nueva York al -1-855-582-6769, TTY al 711. Pregunte cómo el hecho de inscribirse en otro plan o de regresar a Original Medicare afecta el modo en que recibe su cobertura del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía de EmblemHealth VIP Dual y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o los pedidos por correo para surtir sus medicamentos con recetas.
- Si está hospitalizado el día en que termina su membresía, su estadía hospitalaria estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta (incluso si esto ocurre después de que se haga efectiva su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 El plan EmblemHealth VIP Dual debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

EmblemHealth VIP Dual debe terminar su membresía en el plan si se produce alguno de los siguientes hechos:

- Si usted ya no tiene la Medicare Parte A y Parte B
- Si ya no es elegible para Medicaid. Tal como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan está destinado a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si nuestros registros indican que usted ha perdido su elegibilidad para Medicaid, le enviaremos una carta para notificárselo. Tendrá un período de gracia de tres (3) meses para recuperar la elegibilidad. Si no recupera su elegibilidad dentro de ese período, debemos cancelar su inscripción en el plan EmblemHealth VIP Dual.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra dentro del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene y le brinda cobertura de medicamentos con receta
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si usted tiene continuamente un comportamiento problemático que dificulta que podamos brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
 - Si terminamos su cobertura por este motivo, Medicare puede hacer que el inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar el importe adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan.

¿Dónde puede solicitar más información?

Si tiene preguntas o si desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud

EmblemHealth VIP Dual no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MÉDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos indicarle por escrito los motivos por los que la terminamos. También debemos explicar cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación aplicable

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y las regulaciones que fueron creadas conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aun cuando las leyes no estén incluidas ni se expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso respecto de la no discriminación

No discriminamos por raza, etnia, nacionalidad de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), el artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), todas las demás leyes aplicables a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que resulte aplicable por otro motivo.

Si desea obtener más información o si tiene inquietudes de discriminación o tratamiento injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos al Servicio de Atención al Cliente. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Servicio de atención al cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador principal. Conforme a la normativa de los CMS establecida en el Título 42 del Código Federal de Regulaciones (Code of Federal Regulations, CFR), artículos 422.108 y 423.462, EmblemHealth VIP Dual, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a la normativa de los CMS establecida 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.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de brindar servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización, y cuya estancia prevista en el centro no es mayor de 24 horas.

Apelación: se presenta una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de cuidado de la salud o medicamentos con receta, o de pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: se produce cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente más del importe de la participación en los costos permitido del plan. Como miembro de EmblemHealth VIP Dual, solamente tiene que pagar el importe del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el importe del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: el modo en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios del centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina si usted no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si vuelve a ingresar en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finalice un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

Producto biológico: un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. Los biosimilares, generalmente, funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Medicamento biosimilar: un medicamento con receta que se considera muy similar, pero que no es idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares, generalmente, funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales; sin embargo, por lo general, requieren de una nueva receta para sustituir el producto biológico original.

Medicamento de marca: medicamento con receta que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principio activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos, y generalmente no están disponibles hasta después de que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura contra catástrofes: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado **\$8,000** en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga todo el costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): organismo federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales para atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles de MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según lo establecido en el título 42 del CFR 422.2, incluida la restricción de

la inscripción basada en las diferentes agrupaciones de afecciones comúnmente compartidas y clínicamente relacionadas especificadas en el título 42 del CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: importe que posiblemente deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) por su participación en los costos por los servicios o medicamentos con receta.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer una querrela**. El proceso de quejas se usa para determinados tipos de problemas *solamente*. Incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no respeta los plazos del proceso de apelación.

Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF): centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación en el hogar.

Copago: un importe que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una visita al médico, una visita hospitalaria como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es un importe fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Participación en los costos: se refiere a los importes que debe pagar un miembro cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier importe deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier importe fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier importe de coseguro, un porcentaje del importe total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento con receta para usted tiene cobertura del plan o no, y el importe, si lo hay, que usted debe pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le indica que su medicamento con receta no está cubierto por el plan, esto no se considera una determinación de cobertura. Debe llamarnos o escribirnos para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para hacer referencia a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que usamos para hacer referencia a todos los servicios de cuidado de la salud y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se convierten en elegibles para Medicare generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una penalidad, si deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare posteriormente.

Atención de custodia: la atención de custodia es el cuidado personal que se brinda en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro donde no se necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, proporcionada por personas que no tienen

capacitación o habilidades profesionales, incluye ayudar con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o sentarse y levantarse de la silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí solas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Servicio de Atención al Cliente: departamento de nuestro plan que está a cargo de responder sus preguntas respecto de su membresía, sus beneficios, sus quejas y sus apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente.

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. Una tarifa diaria de participación en los costos es el copago dividido entre la cantidad de días en un suministro para un mes. Por ejemplo: si su copago por un suministro para un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro para un mes en su plan incluye 30 días, entonces su “tarifa diaria de participación en los costos” es de \$1 por día.

Deducible: el importe que debe pagar por el cuidado de la salud o los medicamentos con receta antes de que el plan pague.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de terminar la membresía en nuestro plan.

Tarifa de entrega: tarifa que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo del surtido de un medicamento con receta, como el tiempo que le toma al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Planes de necesidades especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona de doble elegibilidad: persona que califica para cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): determinados equipos médicos solicitados por su médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón motorizado, suministros para diabéticos, bombas de infusión IV, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para usar en el hogar.

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

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: (1) son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de la cobertura: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explican su cobertura, qué debemos hacer nosotros, sus derechos y qué debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestra farmacopea (una excepción a la farmacopea), o bien obtener un medicamento no preferido con un nivel menor de participación en los costos (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando o el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (excepción a la Lista de medicamentos).

Ayuda Adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) como medicamento que tiene el/los mismo(s) principio(s) activo(s) que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y, normalmente, cuesta menos.

Querrela: tipo de queja que usted presenta sobre nuestros proveedores o farmacias del plan, lo que incluye una queja relativa a la calidad de su atención. Esto no implica disputas sobre el pago o la cobertura.

Asistente de salud a domicilio: una persona que brinda servicios que no requieren de las habilidades de un terapeuta o un profesional de enfermería matriculado, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados).

Hospicio: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe ofrecerle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige ser atendido en un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Igualmente puede recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Atención hospitalaria para pacientes ingresados: estadía hospitalaria cuando lo ingresan formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados, según lo informado en su declaración de impuestos al IRS de hace 2 años, son mayores de un importe determinado, usted pagará el importe de la prima estándar y un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas que tienen Medicare se ven afectadas, así que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura conforme a la Etapa de cobertura inicial.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales de los medicamentos, incluidos los importes que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre, para el año alcancen los **\$5,030**.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para acceder a Medicare, el período en el cual usted se inscribe en la Parte A y B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan institucional para personas con necesidades especiales (SNP): un plan en el que se inscriben personas elegibles que residen de forma permanente o que se prevé que residan de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC, siglas en inglés). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF, siglas en inglés), un centro de enfermería (NF, siglas en inglés), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID, siglas en inglés), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que proporciona servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un plan de necesidades especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos o tener y administrar centros propios.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: plan en el que se inscriben personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional según la evaluación del Estado. La evaluación debe hacerse usando la misma y respectiva herramienta de evaluación de atención del estado, que sea administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vivienda asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar una prestación uniforme de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea o “lista de medicamentos”): lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Importe de gasto máximo de bolsillo: el importe máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los importes que usted paga por las primas de Medicare Parte A y Parte B y por los medicamentos con receta no se contemplan para el importe de gasto máximo de bolsillo. (**Nota:** debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este gasto máximo de bolsillo).

Medicaid (o Asistencia Médica): es un programa federal y estatal conjunto que brinda asistencia con los costos médicos para personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían; sin embargo, la mayoría de los costos del cuidado de la salud están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por determinados libros de referencia.

Medicamento necesarios: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.

Medicare: programa del seguro de salud federal destinado a personas de 65 años de edad o más, determinadas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, personas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces se denomina Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser: i) un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO); ii) un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO); iii) un plan privado de cargo por servicio (PFFS) o iv) un plan con una cuenta de ahorros para costos médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP, siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Programa de descuento de interrupción de cobertura de Medicare: programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que alcanzaron la Etapa de interrupción de cobertura y que no están recibiendo todavía la “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: plan de salud de Medicare que es ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes con costo de Medicare, planes de necesidades especiales, programas piloto/de demostración y Programas de atención integral para personas mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Medicare Parte D): seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, preparaciones biológicas y ciertos suministros no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B.

Póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por empresas de seguros privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, siglas en inglés).

Farmacia de la red: es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan, donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se llenan en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de organización: una decisión que toma nuestro plan acerca de si determinados artículos o servicios están cubiertos, o cuánto debe pagar usted por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con cargo 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. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de importes establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del importe aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico), y se encuentra disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o suministrar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se den ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que nuestro plan no emplea, posee ni administra.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de gastos de bolsillo de un miembro.

Plan PACE: un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE, siglas en inglés) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS, siglas en inglés) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes del PACE reciben los beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Medicamentos Parte D: medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D. Podemos o no ofrecerle todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas por el Congreso de estar cubiertas en la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Penalidad por inscripción tardía en la Parte D: importe agregado a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que usted sea primeramente elegible para unirse a un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la penalidad por inscripción tardía si pasa 63 días o más seguidos sin cobertura de medicamentos con receta Parte D u otra acreditable.

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO): es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que acordaron tratar a los miembros del plan por el pago de un importe especificado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los recibe de proveedores de la red o fuera de la red. La participación en los costos del miembro generalmente será más alta cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los gastos que usted debe pagar de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para sus gastos de bolsillo totales combinados para los servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan del cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la farmacopea.

Prótesis y ortopedia: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, que incluyen suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejora de la Calidad (QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud contratados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: herramienta de control diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la que las personas inscritas pueden buscar información completa, correcta, oportuna y clínicamente apropiada de la Lista de medicamentos y los beneficios específica para ellos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos de la Lista de medicamentos que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: incluyen los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.

Área de servicio: Área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede usar, generalmente también es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada que se brindan de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden estar a cargo de un profesional de enfermería registrado o médico.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención de cuidado de la salud más específica para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o tienen determinadas condiciones médicas crónicas.

Tratamiento escalonado: herramienta de uso que requiere que usted primero pruebe otro medicamento para el tratamiento de su condición médica antes de que nosotros cubramos el medicamento que su médico le recetó en primer lugar.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas de ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de la SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede acceder a ellos momentáneamente o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente y médicamente necesarios.

Servicio de atención al cliente de EmblemHealth VIP Dual

Método	Servicio de atención al cliente: información de contacto
LLAMADAS	1-877-344-7364 Horario de atención: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de atención al cliente también ofrece servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8 am a 8 p.m., los 7 días de la semana
FAX	1-212-510-5373
CORREO	EmblemHealth Medicare HMO ATTN: Servicio de atención al cliente 55 Water Street New York, NY 10041-8190
SITIO WEB	emblemhealth.com/medicare

Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (HIICAP) (el SHIP de Nueva York)

HIICAP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer orientación gratuita local sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAMADAS	1-800-701-0501
TTY	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO	Oficina de la Tercera Edad del Estado de Nueva York (New York State Office for the Aging) 2 Empire State Plaza Albany, New York 12223-1251
SITIO WEB	http://www.aging.ny.gov

Declaración de divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Documentación (PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



EmblemHealth VIP Dual

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE: INFORMACIÓN DE CONTACTO

LLAMADAS	877-344-7364 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. El Servicio de Atención al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
FAX	212-510-5373
CORREO	EmblemHealth Medicare HMO ATTN: Customer Service, 55 Water Street, New York, NY 10041-8190
SITIO WEB	emblemhealth.com/medicare

Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (HIICAP) (el SHIP de Nueva York)

HIICAP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer orientación gratuita local sobre seguros de salud a personas con Medicare.

HIICAP: INFORMACIÓN DE CONTACTO

LLAMADAS	800-701-0501
TTY	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO	Oficina de la Tercera Edad del Estado de Nueva York (New York State Office for the Aging) 2 Empire State Plaza, Albany, NY 12223-1251
SITIO WEB	http://www.aging.ny.gov

Declaración de divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Documentación (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.