Evidencia de Cobertura

Sus servicios y beneficios de Medicare como miembro de EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus

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

H3330_202449CY24_C

EmblemHealth®

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

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y su cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro del plan EmblemHealth VIP Gold (HMO) o EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO)

En este documento, se proporcionan los detalles de la cobertura de atención médica y 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 para obtener información adicional. (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 Gold (HMO) **o** EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO), es ofrecido por Health Insurance Plan of Greater New York (HIP)/EmblemHealth. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* diga “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa HIP/EmblemHealth. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, significa EmblemHealth VIP Gold [HMO] o EmblemHealth VIP Gold Plus [HMO]).

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 o el coseguro pueden cambiar a partir del 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.

H3330_202449CY24_C

Evidencia de Cobertura de 2024

Índice

CAPÍTULO 1: *Comenzar como miembro*.....5

SECCIÓN 1 Introducción.....6

SECCIÓN 2 ¿Qué necesita para ser elegible para ser miembro del plan?.....7

SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá.....8

SECCIÓN 4 Sus gastos mensuales para EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus.....10

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual.....13

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan.....15

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....16

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes*.....18

SECCIÓN 1 Contactos de EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus (cómo comunicarse con nosotros, lo cual incluye cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente).....19

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....22

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia con seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....23

SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad.....24

SECCIÓN 5 Seguro Social.....25

SECCIÓN 6 Medicaid.....26

SECCIÓN 7 Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta.....26

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario.....31

SECCIÓN 9 ¿Tiene seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?.....31

CAPÍTULO 3: *Uso del plan para sus servicios médicos*.....32

SECCIÓN 1 Lo que debe saber acerca de su atención médica como miembro de nuestro plan.....33

SECCIÓN 2 Use proveedores en la red del plan para recibir sus servicios de atención médica.....34

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia o de necesidad urgente de recibir atención, o durante una catástrofe.....37

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?.....39

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 40

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa de cuidado de salud no médica.....42

SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición del equipo médico duradero 43

CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.....45

SECCIÓN 1 Cómo comprender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos 46

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para determinar lo que está cubierto y cuánto pagará.....47

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?.....112

CAPÍTULO 5: *Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta Parte D* 118

SECCIÓN 1 Introducción.....119

SECCIÓN 2 Llene sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.....119

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la lista de medicamentos del plan 123

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 125

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que desearía que esté cubierto? 126

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos? 129

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 131

SECCIÓN 8 Cómo llenar una receta.....132

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....132

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad del medicamento y el manejo de los medicamentos 134

CAPÍTULO 6: *Lo que usted paga por sus medicamentos con receta Parte D*.....137

SECCIÓN 1 Introducción.....138

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de en cuál etapa de pago de medicamentos esté cuando obtenga el medicamento 140

SECCIÓN 3 Le enviamos los informes que explican los pagos de sus medicamentos y en cuál etapa de pago está 141

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos

del nivel 3, el nivel 4 y el nivel 5 142

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de medicamentos y usted paga su parte 142

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de interrupción de cobertura 147

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura contra catástrofes, el plan paga la mayoría de los costos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D 148

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene 148

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos* 150

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra participación en los costos de sus servicios o medicamentos cubiertos 151

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido . 153

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si lo aceptamos o lo rechazamos 154

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 155

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad intercultural como miembro del plan 156

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades 161

CAPÍTULO 9: *¿Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)?* 163

SECCIÓN 1 Introducción 164

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 164

SECCIÓN 3 Para manejar su problema, ¿qué proceso debe seguir? 165

SECCIÓN 4 Guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 166

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 169

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 176

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una internación hospitalaria más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto 185

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que mantengamos la cobertura de determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto 191

SECCIÓN 9 El proceso de apelación en el Nivel 3 y los siguientes 197

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes 199

CAPÍTULO 10: *Cómo terminar su membresía en el plan*..... 204

SECCIÓN 1 Introducción a cómo terminar su membresía en nuestro plan 205

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan? 205

SECCIÓN 3 ¿Cómo termina usted su membresía en nuestro plan? 207

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 208

SECCIÓN 5 EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones 209

CAPÍTULO 11: *Avisos legales*..... 211

SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación aplicable 212

SECCIÓN 2 Aviso respecto de la no discriminación 212

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 212

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 213

CAPÍTULO 1:

Comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en el plan EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus, que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y decidió recibir su cuidado de la salud de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta mediante nuestro plan, el plan EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus. 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 Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus es un plan HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) Medicare Advantage que está aprobado por Medicare y es administrado por una empresa privada.

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

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

En este documento de *Evidencia de Cobertura* se le informa cómo obtener cobertura de atención médica y medicamentos con receta.
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.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a los servicios y atención médica, y a los medicamentos con receta que usted tiene disponibles como miembro del plan EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus.

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 el Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de la manera en que EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus cubren su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea)*, y toda notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten a su cobertura. Estos avisos algunas veces se denominan *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que usted está inscrito en EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus 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 Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus después del 31 de diciembre de 2024. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare todos los años como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y que Medicare renueve su 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 2.2 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.

Sección 2.2 Este es el área de servicio del plan para EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus

El plan EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus 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:

Bronx, Dutchess, Kings, Nassau, Nueva York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk, Sullivan, Ulster, 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 2.3 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)

notificarán a EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus si usted no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus deben cancelar su inscripción si usted 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, si corresponde. La siguiente es una muestra de la tarjeta de membresía que ilustra cómo será la suya:

EmblemHealth VIP Gold

EmblemHealth VIP Gold Plus

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 Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus, 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 equipo médico duradero, 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 utiliza proveedores fuera de la red sin la autorización adecuada, deberá pagar el costo en su 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 Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato impreso o electrónico) 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.

El *Directorio de farmacias* también le informará cuáles de las farmacias de nuestra red tienen participación en los costos preferida, que puede ser más baja que la participación en los costos estándar ofrecida por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

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. Le explica qué medicamentos con receta Parte D están cubiertos conforme al beneficio de la Parte D que se incluye en EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus. 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 Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus.

La “Lista de medicamentos” también le informa si hay reglas que limiten la cobertura de sus medicamentos.

Le entregaremos 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 en **emblemhealth.com/medicare** o llame al Servicio de Atención al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus gastos mensuales para EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus

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)

En algunas situaciones, la prima del plan podría ser inferior

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos, se incluyen los programas de "Ayuda Adicional" y los programas de asistencia farmacéutica estatal. En el Capítulo 2, Sección 7 encontrará más información sobre estos programas. Si califica, inscribirse en el programa podría hacer que su prima del plan mensual sea más baja.

Si usted *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta *Evidencia de Cobertura* podría no ser aplicable a su caso**. 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 [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.

Las primas de Medicare Parte B y Parte D varían para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise la sección *Costos de Medicare 2024* de su copia del manual *Medicare y Usted 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). También puede solicitar una copia impresa por teléfono, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. La siguiente tabla muestra el importe de la prima del plan mensual para cada región donde prestamos servicios.

Condados	**EmblemHealth VIP Gold** (Prima mensual del plan)
Bronx, Kings, Nueva York, Queens	**$82.00**
Nassau, Richmond	**$112.00**
Suffolk, Westchester	**$219.00**

Condados	**EmblemHealth VIP Gold Plus** (Prima mensual del plan)

Bronx, Dutchess, Kings, Nassau, Nueva York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk, Sullivan, Ulster, Westchester	**$241.00**

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Además de pagar su prima mensual del plan, **debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que deben pagar los miembros que no son elegibles para la prima gratis de la Parte A.

Sección 4.3 Penalidad por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **penalidad por inscripción tardía** de la Parte D. 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 de medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se prevé que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar 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.

La penalidad por inscripción tardía de la Parte D se suma a su prima mensual o trimestral. Cuando se inscribe por primera vez en EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus, le informamos el importe de la penalidad. Si no paga la penalidad por inscripción tardía en la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

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 usted tenía cobertura de medicamentos con receta acreditable, la cual se prevé que pague lo mismo que paga el plan de medicamentos con receta estándar 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:

- Si pasó 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. 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 de esta prima promedio 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 siguiente, sería 14 % multiplicado por $34.70, lo que da $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 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 Hay varias formas en las que puede pagar la prima de su plan

Hay cinco formas de pagar la prima de su plan.

Opción 1: pagar con cheque

Le enviaremos una factura mensual aproximadamente dos semanas antes del mes en el que vence la prima de su plan o la penalidad por inscripción tardía de la Parte D. Los pagos vencen el primer día de cada mes. Por ejemplo, recibirá una factura mensual en febrero. Debemos recibir su cheque a más tardar el 1.° de marzo. Puede coordinar el envío de facturas mensuales, trimestrales o anuales.

Los cheques deben extenderse a nombre de EmblemHealth. No envíe dinero en efectivo por correo postal. Si no envía un cheque con un cupón de factura, incluya su número de identificación de miembro de EmblemHealth en la sección de notas del cheque.

Puede enviar su prima por correo a:
EmblemHealth
P.O. Box 21104
New York, NY 10087- 1104

El plan se reserva el derecho de cobrar una tarifa de $35.00 por un cheque devuelto por fondos insuficientes (NSF). La tarifa no incluye las tarifas cobradas por su banco.

No se deben emitir cheques a nombre de los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ni del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos.

Opción 2: Puede pagar en línea

Puede pagar la prima del plan o la penalidad por inscripción tardía de la Parte D utilizando el sistema de pago seguro en línea de EmblemHealth. Puede configurar pagos recurrentes o hacer un pago de única vez.

Para ello, inicie sesión en su portal de miembro de EmblemHealth, en **emblemhealth.com/medicare** y seleccione “Pay My Bill” (Pagar mi factura). Será transferido al sistema de pagos de nuestro banco intermediario. Los pagos se pueden realizar mediante una cuenta bancaria de ahorros o una cuenta bancaria corriente, Visa o MasterCard, lo que le resulte conveniente. El acceso en línea está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Envíe su pago en línea antes de las 6:00 p.m., hora del este, para que entre en vigencia el mismo día. Recibirá un correo electrónico de confirmación en el plazo de las 24 horas de que envíe su pago en línea.

Opción 3: Ahora puede pagar por teléfono.

Puede pagar su prima mensual del plan o la penalidad por inscripción tardía de la Parte D por teléfono, llamando al **1-877-344-7364** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Será transferido al sistema seguro de pagos de nuestro banco intermediario y escuchará una serie de indicaciones grabadas que le guiarán a lo largo del proceso para verificar el saldo de su cuenta y realizar un pago. Puede usar una cuenta bancaria de ahorros o una cuenta bancaria corriente, MasterCard o Visa para pagar por teléfono. Envíe su pago por teléfono antes de las 6:00 p.m., hora del este, para que entre en vigencia el mismo día.

Nota: Los representantes de nuestro Servicio de Atención al Cliente no pueden aceptar pagos por teléfono. Debe usar el sistema grabado.

Opción 4: Puede pagar en un centro de Neighborhood Care

Puede pagar su prima mensual en un centro de Neighborhood Care y nuestros socios lo ayudarán a completar su pago en línea, por teléfono o correo postal. Se pueden realizar los pagos con Visa, MasterCard, un cheque para EmblemHealth o su información de cuenta bancaria. Visite **emblemhealth.com/medicare** para conocer los horarios y las ubicaciones.

Importante: Los centros de Neighborhood Care **no** aceptan efectivo.

Opción 5: Puede solicitar que la prima del plan se le descuente de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma en que paga la prima de su plan. Si decide cambiar la forma en que paga la prima de su plan, podrían pasar hasta tres meses hasta que su nuevo método de pago entre en vigor. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague puntualmente. Para cambiar su método de pago, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente.

Qué hacer si tiene problemas para pagar su prima del plan

Debe pagar la prima del plan en nuestra oficina antes del primer día del mes. Si no hemos recibido su pago antes del primer día del mes, le enviaremos una notificación en la que se le informará que su membresía en el plan terminará si no recibimos su prima en un plazo de 90 días. Si debe pagar una penalidad por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la penalidad para mantener su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problema para pagar la prima puntualmente, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para ver si podemos derivarle a los programas que le ayudarán con sus gastos.

Si terminamos su membresía debido a que no pagó la prima, si se adeuda, tendrá la cobertura de salud de Original Medicare. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si está más de 63 días sin cobertura de medicamentos acreditable, es posible que tenga que pagar la penalidad por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

Cuando terminemos su membresía, es posible que aún nos adeude las primas que no pagó. Tenemos el derecho de exigir el importe de las primas adeudadas. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan ofrecido por nosotros), tendrá que pagar el importe que adeuda antes de poder inscribirse.

Si considera que hemos terminado su membresía erróneamente, puede presentar una queja (también llamada queja formal); consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia fuera de su control y eso hizo que no pudiera pagar la prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Si presenta una queja, evaluaremos nuestra decisión de nuevo. Consulte la Sección 10 del Capítulo 9 de este documento para saber cómo presentar una queja; o bien, llámenos al **1-877-344-7364** entre las 8:00 a.m. y las 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Debe presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que termine su membresía.

Sección 5.2 ¿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.° de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede 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 un miembro califica para la “Ayuda Adicional” en los costos de medicamentos con receta, el programa de “Ayuda Adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar la prima mensual total. 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 (tales como de su empleador, empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación para los trabajadores 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 pretenda 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 paga primero se denomina pagador principal y paga hasta los límites 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 usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que 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, los planes de salud grupal del empleador y/o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus
(cómo comunicarse con nosotros, lo cual incluye 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 de EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus. 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 enviar una queja sobre EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus directamente a 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 lo siguiente: 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 de 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.
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.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	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. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de elegibilidad e inscripción para Medicare con las siguientes herramientas: • **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 *cálculo* de lo que sus gastos de bolsillo pueden ser en diferentes planes Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre el plan EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus: • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede enviar una queja sobre EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus directamente a 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. 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).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia con seguros 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 el LOCALIZADOR DE ENVÍOS en el centro 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 (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 (Livanta BFCC-QIO Program) 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.

Método	Seguro Social: información de contacto
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para acceder a Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Entre estos **programas de ahorros de Medicare** se incluyen los siguientes:

- **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). (Algunas personas con QMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid: [QMB+]).
- **Persona calificada (QI):**Ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, 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) Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
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

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

Medicare ofrece "Ayuda Adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su hogar ni su automóvil. Si califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de medicamentos con receta. Esta "Ayuda Adicional" también se computa para sus gastos de bolsillo.

Si califica automáticamente para la "Ayuda Adicional", Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar una solicitud. Si no califica automáticamente, puede obtener "Ayuda Adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si califica para "Ayuda Adicional", llame a alguno de los siguientes números:

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

Si cree que califica para recibir "Ayuda Adicional" y cree que está pagando un importe de participación en los costos incorrecto cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia, nuestro plan ha implementado 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, al número indicado en la contraportada de este documento, e infórmenos que cuenta con la evidencia. También puede enviarnos la evidencia por correo a la siguiente dirección:

  EmblemHealth
  Attention: Medicare Enrollment
  P.O. Box 4001
  Farmington, CT 06034

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.

Si no está seguro sobre qué documentación es necesaria para la evidencia, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan y una persona le informará qué documentos son aceptables por Medicare como evidencia. Una vez que haya obtenido la documentación, el Servicio de atención al cliente puede indicarle a dónde enviar la información para el plan para actualizar sus registros con la cantidad de participación en los costos correcta.

- 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 al trabajador de inscripciones del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de su localidad 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.

Método	Programa de atención para personas con VIH sin seguro del estado de Nueva York: información de contacto
LLAMADAS	**1-800-542-2437** (para residentes del estado de Nueva York) 1-518-459-1641 (para no residentes del estado de Nueva York) El horario de atención es de 8 am a 5 p.m., de lunes a viernes
TTY	**1-518-459-0121** Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO	Programa de atención para personas con VIH sin seguro del Estado de Nueva York (New York State HIV Uninsured Care Program) Empire Station P.O. Box 2052 Albany, NY 12220-0052
SITIO WEB	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) (Programa de asistencia farmacéutica del estado de Nueva York): Información de contacto

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 *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene 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/sindicato o al Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar por su período de inscripción, primas o beneficios de salud de jubilado o los del plan de su empleador (o los 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 de medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el 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.

CAPÍTULO 3:

Uso del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber acerca de su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber para utilizar el plan a fin de recibir cobertura por su atención médica. 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 está cubierta por nuestro plan y cuánto es lo que usted paga cuando obtiene esta atención, utilice la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 *(Tabla de beneficios médicos: lo que está cubierto y lo que usted paga).*

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

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales atención médica a quienes el estado les otorga licencias para proporcionar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye los hospitales y otros centros de cuidado de salud.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su importe de participación en los costos como pago total. 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 consulta a un proveedor de la red, usted paga solamente la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de cuidado de salud, suministros y equipos y medicamentos con receta 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 cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y cumplir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Por lo general, EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus 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 servicios, los suministros, los equipos o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen los estándares aceptados de consultorios médicos.
- **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 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 y aprobar una solicitud para la atención antes de que usted la reciba. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiese recibido la atención médica 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 sus servicios de atención médica

Sección 2.1 Debe elegir a un médico de atención primaria (PCP) para que le brinde atención y supervise su atención médica

¿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, 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?

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. 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.

¿Cómo elige a su PCP?

Puede seleccionar un PCP mediante la versión más actual de nuestro *Directorio de proveedores (*o consulte nuestro sitio web en **emblemhealth.com/medicare**). Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para verificar que el médico siga participando como PCP en virtud de 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. También puede iniciar sesión en su portal para miembros en **emblemhealth.com/medicare** y decirnos el nombre de su 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 unos pocos ejemplos:

- Atención oncológica para pacientes con cáncer.
- Atención cardiológica para pacientes con afecciones cardíacas.
- Atención de ortopedia para pacientes con determinadas afecciones óseas, musculares o de las articulaciones.
- Como miembro de EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus, no es necesario que obtenga 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 conforme a EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus. 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 Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus 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 debido a que era la responsabilidad del proveedor del plan solicitar la autorización previa correspondiente, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para que podamos ayudarle a resolver el problema.

¿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 abandonará nuestro plan, de modo que tenga tiempo para elegir un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le ha asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha visto en los últimos tres meses.

- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar con la atención.

- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúe el tratamiento médicamente necesario o las terapias que recibe, y trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con el costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o su especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle 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 responsabilidad de su proveedor participante consultar sobre la obtención de la autorización de EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus. 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 debería hacer si tiene una?

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 su 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, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal.

Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

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 y donde la necesite, dentro o fuera de los Estados Unidos o sus territorios, así como cobertura de emergencia o urgencia en todo el mundo 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 bien*, la atención médica adicional que usted recibe se considera servicios urgentemente necesarios y usted sigue las reglas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2, a continuación).

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

¿Qué son los servicios urgentemente necesarios?

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

EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus 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 participación en los costos 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.

Ingrese en el sitio web: emblemhealth.com/plans/medicare-advantage/medicare-disaster-policy para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una catástrofe.

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 llenar 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 nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de 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 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total

EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus 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 es responsable de pagar el gasto total de los servicios.

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. Los costos que usted paga no suman para el gasto máximo 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 llamado *ensayo clínico*) es una forma en la que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, cómo funciona 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 de los que nuestro plan sea responsable, que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional (NCD, siglas en inglés) y los ensayos de dispositivos en investigación (IDE, siglas en inglés), y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no es necesario obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, que está cubierto para las personas inscritas en Medicare Advantage a través

de Original Medicare, le recomendamos que nos comunique con antelación cuando decida 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.*

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 estuviese 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 la diferencia entre el importe de la participación en los costos de Original Medicare y el importe de su participación en los costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo importe por los servicios que reciba como parte del estudio como si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre el importe del costo compartido que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

> *El siguiente es un ejemplo de cómo funciona la participación en los costos*: Supongamos que usted se realiza un análisis de laboratorio que tiene un costo de $100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los gastos para esta prueba es de $20 conforme a Original Medicare, pero sería $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba, y usted pagaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. Después, debe notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar documentación al plan, como una factura del proveedor. Luego, el plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto sería de $10, el mismo importe que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago por parte de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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, en inglés). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa de cuidado de salud 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).

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 médica o el tratamiento **no exceptuados** son cualquier atención médica o tratamiento que sean *voluntarios* y *no exigidos* por ninguna ley local, estatal o federal.
- La atención médica o el tratamiento **exceptuados** son cualquier atención médica o tratamiento que *no* sean voluntarios o *sean exigidos* por la ley local, estatal o federal.

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* tiene que obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que lo hospitalicen en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

Se aplican límites de cobertura. Consulte la descripción de su beneficio para pacientes hospitalizados 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.

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 Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus, por lo general no adquirirá propiedad de los artículos de DME, 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 DME mientras está inscrito en Original Medicare y antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de equipo médico duradero. Para obtener más información, llame al Servicio de Atención al Cliente.

¿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 la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus 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 Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus, 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 y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Cómo comprender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos

En este capítulo se incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y le informa cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus. 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 Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **copago** es el importe fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 contiene más información sobre sus copagos).
- **Coseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 contiene más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de presentar prueba de su elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

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

Debido a que usted se encuentra inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite al importe total que usted tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Este límite se denomina “importe de gasto máximo de bolsillo” (MOOP, siglas en inglés) para los servicios médicos. Para el año calendario 2024, este importe es de **$8,850**.

Los importes que paga por copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red computan para este importe de gasto máximo de bolsillo. Los importes que paga por las primas del plan y los medicamentos con receta Parte D no computan para el importe de gasto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no computan para el monto máximo de bolsillo. Estos servicios se marcan con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el importe de gasto máximo de bolsillo de **$8,850**, no deberá pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año para servicios dentro de la red cubiertos en la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima del plan y la prima de Medicare Parte B (salvo que Medicaid u otro tercero paguen prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores facturen el saldo

Como miembro de EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus, una protección importante para usted es que solamente tiene que pagar su importe de participación en los costos cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación del saldo**. Esta protección se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor una cantidad menor que lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso si existe una disputa y no pagamos determinados cargos del proveedor.

Esta protección funciona de la siguiente manera.

- Si su participación en los costos es un copago (un determinado importe en dólares, por ejemplo, $15.00), usted paga solamente ese importe por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su participación en los costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare de los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una derivación o cuando tiene una emergencia o necesita servicios de atención de urgencia).
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare de los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una derivación o cuando tiene una emergencia, o fuera del área de servicio cuando necesita servicios de atención de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame al Servicio de Atención al Cliente.

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas indica los servicios que cubre EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta Parte D se encuentra 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 servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen

los estándares aceptados de la práctica médica.

- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, 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 una nota al pie en negritas en la Tabla de beneficios médicos.

Otras cuestiones importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea conocer más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2024*. Consúltelo en línea, en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán 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 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

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

Lo que debe saber
EmblemHealth solo pagará los servicios que están cubiertos por Medicare o que se indican específicamente como cubiertos en los documentos de su plan.
Para algunos servicios, pagamos un porcentaje de la factura de un proveedor cuando no hay un “importe permitido” conforme a Medicare. Si es un servicio enumerado con un copago conforme a su plan, usted será responsable del copago. Si es un servicio con coseguro, usted será responsable de la parte del coseguro del importe facturado por el proveedor.

Es posible que se le cobre una tarifa además del costo compartido de su visita al consultorio. Esta tarifa a veces se denomina “tarifa por uso de instalaciones”. Las tarifas del centro reflejan una tendencia en hospitales, centros hospitalarios (como clínicas para pacientes ambulatorios propiedad de un hospital) y varios otros centros médicos que compran consultorios médicos. Cuando visita a un proveedor que pertenece a un centro, es posible que se le cobre la tarifa del centro, además de la participación en los costos por la visita al consultorio. Su gasto de bolsillo por la tarifa del centro es el mismo costo que el copago por los servicios con especialistas. Consulte la tabla de beneficios a continuación para obtener información sobre la participación en los costos de los servicios con especialistas. Antes de visitar a un proveedor, debe preguntarle al consultorio si se le cobrará una tarifa del centro. Si el proveedor cobra esta tarifa, pregunte si hay un consultorio diferente donde pueda ver al proveedor sin pagar la tarifa por uso de instalación.
Los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica le pedirán que pague costos compartidos (copagos o coseguro) por *cada* servicio cubierto que reciba durante una visita. Por ejemplo, si le hacen una radiografía durante una visita al consultorio del médico, se le pedirán costos compartidos por la visita y la radiografía. El costo compartido (copago o coseguro) que sea aplicable depende de los servicios que reciba. La Tabla de beneficios médicos enumera los costos compartidos por servicios específicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles por esta detección preventiva.	No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles por esta detección preventiva.
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera: • Dura 12 semanas o más. • No específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No asociado con cirugía; y • No relacionado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura anualmente. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA DESPUÉS DE 12 VISITAS** (continúa en la siguiente página)	Copago de **$10** para cada visita de acupuntura cubierta por Medicare.*	Copago de **$10** para cada visita de acupuntura cubierta por Medicare.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación) Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA, siglas en inglés), el personal de enfermería profesional (NP, siglas en inglés)/especialistas en enfermería clínica (CNS, siglas en inglés) (según se identifica en 1861(aa) (5) de la Ley), y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente: • un título a nivel de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM), y • 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. 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). * **Los servicios no computan para su importe de gasto máximo de bolsillo.** **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA DESPUÉS DE 12 VISITAS**		

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre, aéreo rotativo y fijo, hacia el centro médico adecuado más cercano que pueda proporcionar atención médica solo si se proporcionan a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte por ambulancia es médicamente requerido. *****Ambulancia terrestre en todo el mundo. (La ambulancia aérea no está cubierta fuera de los Estados Unidos y sus territorios).	Copago de **$100** por cada viaje de ida o vuelta en ambulancia terrestre cubierto por Medicare No se exime el copago si es ingresado en el hospital. Coseguro del **20 %** por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare por viaje de ida. No se exime el coseguro si es ingresado en un hospital.	Copago de **$75** por cada viaje de ida o vuelta en ambulancia terrestre cubierto por Medicare. No se exime el copago si es ingresado en el hospital. Coseguro del **20 %** por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare por viaje de ida. No se exime el coseguro si es ingresado en un hospital.
*****Los servicios no suman para su importe de gasto máximo de bolsillo. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS DE AMBULANCIA QUE NO SON DE EMERGENCIA CUBIERTOS POR MEDICARE**	Copago de **$100** por cada viaje de ida o vuelta en ambulancia terrestre cubierto por Medicare en todo el mundo. No se aplica el copago si es ingresado en un hospital en el plazo de 1 día*.	Copago de **$100** por cada viaje de ida o vuelta en ambulancia terrestre cubierto por Medicare en todo el mundo. No se aplica el copago si es ingresado en un hospital en el plazo de 1 día*.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Examen físico anual 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. 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. **UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) DEBE PROPORCIONARLOS**	Copago de **$0** por el examen físico anual cubierto.	Copago de **$0** por el examen físico anual cubierto.
Visita de bienestar anual 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. **Nota:** Su primera visita de bienestar anual no se puede llevar a cabo dentro de los 12 meses de su visita preventiva de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de Bienvenida a Medicare para estar cubierto para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Prueba de densidad ósea 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.	No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba de densidad ósea cubierta por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba de densidad ósea cubierta por Medicare.
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Exámenes clínicos mamarios cada 24 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible por mamografías de detección cubiertas.	No hay coseguro, copago ni deducible por mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca 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. **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.**	Copago de **$25** por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Copago de **$25** por los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.	Copago de **$0** por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Copago de **$0** para los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Visita de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) 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.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva contra enfermedades cardiovasculares.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva contra enfermedades cardiovasculares.
Pruebas de enfermedades cardiovasculares 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).	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.
Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • 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.	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y de Pap preventivos cubiertos por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y de Pap preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA**	Copago de **$10** por los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.	Copago de **$0** por los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Examen de detección de cáncer colorrectal Se tratan las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima o máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presentan riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no presentan riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presentan un riesgo alto después de que el paciente se sometiera a una colonoscopía de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de sangre oculta en heces en la detección para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba multidirigida de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopía para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde la última enema de bario de detección o la última colonoscopía de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no presentan riesgo alto y que tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después de la última enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. (continúa en la siguiente página)	No hay coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y usted no paga coseguro, copago ni deducible.	No hay coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y usted no paga coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal en heces no invasiva cubierta por Medicare devuelva un resultado positivo.		

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Servicios dentales 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 la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para tratamientos de radiación para el cáncer que afecta a la mandíbula o exámenes orales previos a un 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 que se encuentran en línea en www.yourdentalplan.com/Healthplex. Servicios dentales preventivos y de diagnóstico: • *Exámenes bucales • *Limpiezas (profilaxis) • *Radiografías de aleta mordida • *Tratamiento con fluoruro • *Radiografías de serie completa (Panorex) Servicios dentales integrales: • *Restauración básica • *Restauración mayor • *Endodoncia • *Periodoncia • *Dentaduras • *Cirugía oral • *Atención médica de emergencia: tratamiento paliativo para dolor dental (procedimiento menor). *Los servicios no suman para su importe de gasto máximo de bolsillo. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS** (continúa en la siguiente página)	Copago de **$0** por servicios dentales cubiertos por Medicare Copago de **$0** una vez cada 36 meses por radiografías de serie completa intraoral cubiertas. Copago de **$0** una vez cada 6 meses por radiografías de aleta mordida sencillas. Copago de **$0** una vez cada 6 meses por uno de los siguientes diagnósticos (exámenes) cubiertos incluyendo: examen oral periódico, examen oral limitado, examen oral integral o evaluación periodontal integral. Copago de **$0** una vez cada 36 meses por 7 a 8 imágenes radiográficas de aleta mordida vertical cubiertas; o imágenes radiográficas panorámicas. Copago de **$0** una vez cada 6 meses por limpieza de rutina cubierta, aplicación de esmalte de fluoruro o tratamiento con fluoruro tópico.	Copago de **$0** por servicios dentales cubiertos por Medicare Copago de **$0** una vez cada 36 meses por radiografías de serie completa intraoral cubiertas. Copago de **$0** una vez cada 6 meses por radiografías de aleta mordida sencillas. Copago de **$0** una vez cada 6 meses por uno de los siguientes diagnósticos (exámenes) cubiertos incluyendo: examen oral periódico, examen oral limitado, examen oral integral o evaluación periodontal integral. Copago de **$0** una vez cada 36 meses por 7 a 8 imágenes radiográficas de aleta mordida vertical cubiertas; o imágenes radiográficas panorámicas. Copago de **$0** una vez cada 6 meses por limpieza de rutina cubierta, aplicación de esmalte de fluoruro o tratamiento con fluoruro tópico.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Servicios dentales (continuación) • *Sedación profunda/anestesia general: límite de hasta una hora; cubierto solo si la administra un dentista debidamente autorizado en un consultorio dental y junto con la extracción de dientes impactados. • *Anestesia intravenosa: sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), con límite de hasta una hora; cubierto solamente si la administra un dentista debidamente autorizado en un consultorio dental y junto con la extracción de dientes impactados. *Los servicios no suman para su importe de gasto máximo de bolsillo. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS** (continúa en la siguiente página)	Copago de **$0** una vez cada 24 meses por diente por empastes cubiertos. Copago de **$125** una vez cada 60 meses por diente por coronas de porcelana/acero inoxidable cubiertas. Copago de **$0** por recementado de corona cubierto (después de 6 meses) Copago de **$0** una vez cada 60 meses por espigo muñón cubierto (además de la corona). Copago de **$125** por incrustación/recubrimiento y restauración de una sola corona (una vez cada 60 meses). Copago de **$20** una vez por diente permanente de por vida por endodoncia cubierta (molar). Copago de **$0** una vez por endodoncia cubierta de por vida (excepto molar) o pulpotomía terapéutica. Copago de **$20** una vez cada 36 meses por gingivectomía/gingivoplastia cubierta por cuadrante.	Copago de **$0** una vez cada 24 meses por diente por empastes cubiertos. Copago de **$125** una vez cada 60 meses por diente por coronas de porcelana/acero inoxidable cubiertas. Copago de **$0** por recementado de corona cubierto (después de 6 meses) Copago de **$0** una vez cada 60 meses por espigo muñón cubierto (además de la corona). Copago de **$125** por incrustación/recubrimiento y restauración de una sola corona (una vez cada 60 meses). Copago de **$20** una vez por diente permanente de por vida por endodoncia cubierta (molar). Copago de **$0** una vez por endodoncia cubierta de por vida (excepto molar) o pulpotomía terapéutica. Copago de **$20** una vez cada 36 meses por gingivectomía/gingivoplastia cubierta por cuadrante.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Servicios dentales (continuación)	Copago de **$0** una vez cada tres meses por mantenimiento periodontal cubierto, cuando un paciente haya completado la terapia periodontal activa durante los últimos 36 meses.	Copago de **$0** una vez cada tres meses por mantenimiento periodontal cubierto, cuando un paciente haya completado la terapia periodontal activa durante los últimos 36 meses.
	Copago de **$150** una vez cada 60 meses por cirugía ósea cubierta, por cuadrante.	Copago de **$150** una vez cada 60 meses por cirugía ósea cubierta, por cuadrante.
	Copago de **$20** una vez por apicectomía cubierta de por vida, servicios perirradiculares por diente.	Copago de **$20** una vez por apicectomía cubierta de por vida, servicios perirradiculares por diente.
	Copago de **$0** por anestesia dental cubierta.	Copago de **$0** por anestesia dental cubierta.
	Copago de **$0** por raspado y alisado radicular cubiertos, una vez cada 36 meses por cuadrante.	Copago de **$0** por raspado y alisado radicular cubiertos, una vez cada 36 meses por cuadrante.
	Copago de **$150** por prótesis dentales completas/parciales cubiertas, una vez por arco, cada 60 meses.	Copago de **$150** por prótesis dentales completas/parciales cubiertas, una vez por arco, cada 60 meses.
	Copago de **$0** por reparación completa de prótesis dentales cubierta, una vez por arco, cada 12 meses.	Copago de **$0** por reparación completa de prótesis dentales cubierta, una vez por arco, cada 12 meses.
SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS	Copago de **$0** una vez cada 36 meses por rebasado/reforrado de prótesis dentales cubierto.	Copago de **$0** una vez cada 36 meses por rebasado/reforrado de prótesis dentales cubierto.
(continúa en la siguiente página)		

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Servicios dentales (continuación) **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS**	Copago de **$150** una vez cada 60 meses por reparación cubierta de pónticos de prótesis dentales parciales, retenedores. Copago de **$0** por extracción dental simple/quirúrgica cubierta, una vez por diente de por vida. Copago de **$50** por escisión/incisión quirúrgica cubierta. Copago de **$0** una vez de por vida por extracción de diente impactado cubierta (tejido blando). Copago de **$50** por otros procedimientos de reparación cubiertos (frenulectomía), una vez por arco de por vida. Copago de **$50** por extracción cubierta de diente impactado óseo, una vez de por vida. Copago de **$0** por atención dental de emergencia cubierta.	Copago de **$150** una vez cada 60 meses por reparación cubierta de pónticos de prótesis dentales parciales, retenedores. Copago de **$0** por extracción dental simple/quirúrgica cubierta, una vez por diente de por vida. Copago de **$50** por escisión/incisión quirúrgica cubierta. Copago de **$0** una vez de por vida por extracción de diente impactado cubierta (tejido blando). Copago de **$50** por otros procedimientos de reparación cubiertos (frenulectomía), una vez por arco de por vida. Copago de **$50** por extracción cubierta de diente impactado óseo, una vez de por vida. Copago de **$0** por atención dental de emergencia cubierta.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Examen de detección de depresión 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.	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual para detección de depresión.	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual para detección de depresión.
Examen de detección de diabetes 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. Según los resultados de estas pruebas, puede que usted sea elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas con diabetes (insulinodependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en 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. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta en determinadas circunstancias. **LOS SUMINISTROS PARA LA DIABETES DEBEN OBTENERSE EN UNA FARMACIA PARTICIPANTE**	Copago de **$0** por capacitación para el autocontrol de la diabetes y suministros y servicios para la diabetes cubiertos por Medicare. Consulte Equipo médico duradero y suministros relacionados para bombas de insulina externas.	Copago de **$0** por capacitación para el autocontrol de la diabetes y suministros y servicios para la diabetes cubiertos por Medicare. Consulte Equipo médico duradero y suministros relacionados para bombas de insulina externas.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12, así como la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento). 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. 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** **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA DETERMINADOS EQUIPOS Y SUMINISTROS**	Usted paga un coseguro del **20 %** para equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados cubiertos por Medicare. Su participación en los costos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del **20 %**, todos los meses Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.	Usted paga un coseguro del **20 %** para equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados cubiertos por Medicare. Su participación en los costos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del **20 %**, todos los meses Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que son los siguientes: • Proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. 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. 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. *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. *Los servicios no cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo.	Copago de **$100** por cada visita de atención de emergencia dentro de Estados Unidos. (Usted no paga este importe si ingresa en el hospital en el plazo de un día para la misma afección). Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente ingresado después de que se estabilice su afección de emergencia, 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. Copago de **$100** por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo fuera de Estados Unidos y sus territorios. (Usted no paga este importe si ingresa en el hospital en el plazo de un día para la misma afección)*.	Copago de **$100** por cada visita de atención de emergencia dentro de Estados Unidos. (Usted no paga este importe si ingresa en el hospital en el plazo de un día para la misma afección). Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente ingresado después de que se estabilice su afección de emergencia, 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. Copago de **$100** por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo fuera de Estados Unidos y sus territorios. (Usted no paga este importe si ingresa en el hospital en el plazo de un día para la misma afección)*.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Programas de educación sobre salud y bienestar **Educación sobre salud:** Brinda capacitación a fin de mejorar los resultados para los miembros con diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), enfermedad arterial coronaria (EAC), asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como 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.	Copago de **$0** por educación para la salud cubierta.*	Copago de **$0** por educación para la salud cubierta.*
Control mejorado de las enfermedades - Se ofrecen servicios de capacitación y apoyo sobre salud y control de la enfermedad a fin de mejorar los resultados para aquellos miembros en las peores condiciones de salud, con diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), enfermedad arterial coronaria (EAC) o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como también depresión e hipertensión arterial como afecciones concomitantes. Los inscritos en ese grupo objetivo son asignados a gestores de casos calificados, con conocimiento especializado sobre las enfermedades, que se comunican con los inscritos para proporcionar servicios adicionales de control y monitoreo de casos. Las actividades educativas son proporcionadas por profesionales certificados o con licencia, y se centran en la enfermedad/afección específica. Se realiza un monitoreo de rutina de las mediciones, los signos y los síntomas correspondientes a las enfermedades/afecciones específicas de los inscritos. (continúa en la siguiente página)	Copago de **$0** por la capacitación cubierta sobre control de la enfermedad mejorado.*	Copago de **$0** por la capacitación cubierta sobre control de la enfermedad mejorado.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación) **Beneficio de acondicionamiento físico - SilverSneakers®** 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 clases[2] 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 otros vecindarios. 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 GetSetUp[3], 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. (continúa en la siguiente página)	Copago de **$0** por el beneficio cubierto de acondicionamiento físico de SilverSneakers®.*	Copago de **$0** por el beneficio cubierto de acondicionamiento físico de SilverSneakers®.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación) **Siempre hable con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.** 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. 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. 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. *SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. * Los servicios no computan para su importe de gasto máximo de bolsillo.		

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Servicios de audición 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. • Evaluación de diagnóstico de audición cubierta por Medicare • Examen auditivo de rutina: uno cada año calendario. • Evaluación y adaptación de audífonos: una cada año calendario. • Audífonos* *Los servicios no cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo. Se limita a dos dispositivos cada 3 años: dos dispositivos para un oído o un dispositivo para cada oído.	Copago de **$25** por la evaluación de diagnóstico de audición cubierta por Medicare. Copago de **$0** por un examen auditivo de rutina cubierto. Copago de **$0** por una evaluación y ajuste de audífonos cubierta. Máximo de **$2,400** en asignación de beneficios del plan cada tres años para audífonos con receta.*	Copago de **$0** por la evaluación de diagnóstico de audición cubierta por Medicare. Copago de **$0** por un examen auditivo de rutina cubierto. Copago de **$0** por una evaluación y ajuste de audífonos cubierta. Máximo de **$3,000** en asignación de beneficios del plan cada tres años para audífonos con receta.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Examen de detección de VIH Para las personas que soliciten una prueba de selección de VIH o tengan un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por el examen preventivo de detección de VIH cubierto por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por el examen preventivo de detección de VIH cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Agencia de cuidado de la salud en el hogar 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios a tiempo parcial o intermitentes de enfermería especializada y asistente de salud a domicilio (para recibir la cobertura del beneficio de cuidado de 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. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA**	Copago de **$0** para los servicios de una agencia de cuidado de la salud en el hogar cubiertos por Medicare.	Copago de **$0** para los servicios de una agencia de cuidado de la salud en el hogar cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Terapia de infusión a domicilio 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). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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 **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS**	Copago de **$0** por servicios de terapia de infusión a domicilio cubiertos por Medicare. Consulte la sección “Medicamentos con receta de Medicare Parte B” de esta tabla para conocer los costos compartidos relacionados con los medicamentos de terapia de infusión en el hogar. Coseguro del **20 %** para equipo médico duradero y suministros relacionados cubiertos por Medicare.	Copago de **$0** por servicios de terapia de infusión a domicilio cubiertos por Medicare. Consulte la sección “Medicamentos con receta de Medicare Parte B” de esta tabla para conocer los costos compartidos relacionados con los medicamentos de terapia de infusión en el hogar. Coseguro del **20 %** para equipo médico duradero y suministros relacionados cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Atención de hospicio 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. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar Cuando es ingresado en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si opta por permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. <u>Para los servicios de hospicio y los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B 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 y cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionado 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. (continúa en la siguiente página)	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 pronóstico terminal tienen la cobertura de Original Medicare, no de EmblemHealth VIP Gold. Copago de **$0** por servicios de consulta de hospicio cubiertos por nuestro plan, por única vez.	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 pronóstico terminal tienen la cobertura de Original Medicare, no de EmblemHealth VIP Gold Plus. Copago de **$0** por servicios de consulta de hospicio cubiertos por nuestro plan, por única vez.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Atención de hospicio (continuación) Para los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B pero no relacionados con su pronóstico terminal: 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). • 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). Para servicios que están cubiertos por EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus pero no están cubiertos por Medicare Parte A o B: EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus seguirá cubriendo los servicios que cubre el plan que no tengan cobertura de la Parte A o Parte B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. (continúa en la siguiente página)		

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Atención de hospicio (continuación) Para los medicamentos que podrían tener cobertura por el beneficio de la Parte D del plan: 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 *(Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare).* **Nota:** Si necesita atención que no sea de hospicio (atención no relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. 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.		

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Vacunas Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen: • 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 También cubrimos algunas vacunas en nuestro beneficio de medicamentos con receta Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, influenza y la hepatitis B y las vacunas contra el COVID-19.	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, influenza y la hepatitis B y las vacunas contra el COVID-19.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Atención hospitalaria para pacientes ingresados 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. El día anterior a recibir el alta es su último día de paciente ingresado. La cantidad de días cubiertos por el plan es ilimitada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario médicamente) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería habituales • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados coronarios) **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA** (continúa en la siguiente página)	**La participación en los costos se cobra por cada estadía como paciente ingresado.** Copago de **$290** por cada día cubierto por Medicare para los días 1 a 7; copago de **$0** por cada día adicional, por cada estancia como paciente internado. Los copagos se comienzan a aplicar en la fecha en la que usted se interna, y no son aplicables en la fecha en la que usted es dado de alta. Si recibe atención autorizada como paciente ingresado en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su afección de emergencia, su participación en los costos será la misma que pagaría en un hospital de la red.	**La participación en los costos se cobra por cada estadía como paciente ingresado.** Copago de **$195** por cada día cubierto por Medicare para los días 1 a 10; copago de **$0** por cada día adicional, por cada estancia como paciente internado. Los copagos se comienzan a aplicar en la fecha en la que usted se interna, y no son aplicables en la fecha en la que usted es dado de alta. Si recibe atención autorizada como paciente ingresado en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su afección de emergencia, su participación en los costos será la misma que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Atención hospitalaria para pacientes ingresados (continuación) • 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 Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus brinda servicios de trasplante en un lugar 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. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA** (continúa en la siguiente página)	En el caso de la atención para pacientes ingresados, la participación en los costos descrita anteriormente será aplicable cada vez que usted sea internado en un hospital. Se considera una nueva internación si usted es transferido desde un hospital a un tipo de centro separado (como un hospital para rehabilitación de pacientes ingresados agudos o un hospital de atención a largo plazo). Por cada estadía hospitalaria de paciente ingresado, usted recibe cobertura por días ilimitados en tanto la estadía hospitalaria esté cubierta conforme al plan. Los períodos de beneficios de Medicare no se aplican conforme a este plan. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo “Definiciones de palabras importantes”).	En el caso de la atención para pacientes ingresados, la participación en los costos descrita anteriormente será aplicable cada vez que usted sea internado en un hospital. Se considera una nueva internación si usted es transferido desde un hospital a un tipo de centro separado (como un hospital para rehabilitación de pacientes ingresados agudos o un hospital de atención a largo plazo). Por cada estadía hospitalaria de paciente ingresado, usted recibe cobertura por días ilimitados en tanto la estadía hospitalaria esté cubierta conforme al plan. Los períodos de beneficios de Medicare no se aplican conforme a este plan. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo “Definiciones de palabras importantes”).

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Atención hospitalaria para pacientes ingresados (continuación) • Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre también tienen cobertura a partir de la primera pinta utilizada. • Servicios médicos **Nota:** Para ser un paciente internado, su proveedor debe emitir una orden por escrito para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si permanece hospitalizado durante toda la noche, es posible que aún se lo considere 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 *¿Es usted un paciente internado o 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 TTY: **711**. Puede llamar a estos números, sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA**	El costo compartido de observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios, en esta tabla de beneficios.	El costo compartido de observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios, en esta tabla de beneficios.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Servicios para pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico 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. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL DE EMBLEM (1-888-447-2526 TTY: 711)**	Copago de **$0** para los días 1 a 90 cubiertos por Medicare. No están cubiertos los días adicionales. Los períodos de beneficios de Medicare no son aplicables. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo “Definiciones de palabras importantes”).	Copago de **$0** para los días 1 a 90 cubiertos por Medicare. No están cubiertos los días adicionales. Los períodos de beneficios de Medicare no son aplicables. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo “Definiciones de palabras importantes”).

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Estadía como paciente ingresado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente internado sin cobertura 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: • 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 **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS** (continúa en la siguiente página)	Copago de **$0** por cada visita cubierta por Medicare por parte de un médico de atención primaria (PCP). Copago de **$25** por cada visita al especialista cubierta por Medicare. Copago de **$0** por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare completados **en un centro de un médico o autónomo.** Copago de **$45** por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare completados **en un hospital para pacientes ambulatorios.** Copago de **$0** por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados **en un centro de un médico o autónomo.** Copago de **$15** por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados **en un hospital para pacientes ambulatorios.** Copago de **$25** por radiografías cubiertas por Medicare completadas **en el centro de un médico o autónomo.**	Copago de **$0** por cada visita cubierta por Medicare por parte de un médico de atención primaria (PCP). Copago de **$0** por cada visita al especialista cubierta por Medicare. Copago de **$0** por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare completados **en un centro de un médico o autónomo.** Copago de **$45** por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare completados **en un hospital para pacientes ambulatorios.** Copago de **$0** por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados **en un centro de un médico o autónomo.** Copago de **$15** por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados **en un hospital para pacientes ambulatorios.** Copago de **$0** por radiografías cubiertas por Medicare completadas **en el centro de un médico o autónomo.**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Estadía como paciente ingresado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estancia como paciente internado sin cobertura (continuación) • 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 **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS**	Coseguro del **20 %** por radiografías cubiertas por Medicare completadas **en un hospital para pacientes ambulatorios.** Coseguro del **20 %** por radiología de diagnóstico cubierta por Medicare. Coseguro del **20 %** por radiología terapéutica cubierta por Medicare. Coseguro del **20 %** por prótesis, órtesis, equipo médico duradero y suministros (vendajes quirúrgicos, férulas, yesos, etc.) cubiertos por Medicare. Copago de **$25** por fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional cubiertas por Medicare.	Coseguro del **20 %** por radiografías cubiertas por Medicare completadas **en un hospital para pacientes ambulatorios.** Coseguro del **20 %** por radiología de diagnóstico cubierta por Medicare. Coseguro del **20 %** por radiología terapéutica cubierta por Medicare. Coseguro del **20 %** por prótesis, órtesis, equipo médico duradero y suministros (vendajes quirúrgicos, férulas, yesos, etc.) cubiertos por Medicare. Copago de **$0** por fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Terapia médica de nutrición 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. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) 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. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible por recibir los beneficios del MDPP.	No hay coseguro, copago ni deducible por recibir los beneficios del MDPP.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
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: • 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 suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que usted recibe a través de equipos médicos duraderos (como nebulizadores) y fueron 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 **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS MEDICAMENTOS** (continúa en la siguiente página)	Coseguro del **0 al 10 %** por medicamentos cubiertos en la Parte B de Medicare **en el hogar.** Coseguro del **0 al 20 %** por medicamentos cubiertos en la Parte B de Medicare **despachados en una farmacia minorista, farmacia de pedidos por correo, consultorio médico y centro para pacientes ambulatorios.** Usted paga menos si su medicamento está en la lista de reembolsos de medicamentos de la Parte B de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, siglas en inglés). La lista cambia en forma trimestral. Usted paga un máximo de **$35** por un suministro de un mes de insulina cubierta de la Parte B.	Coseguro del **0 al 10 %** por medicamentos cubiertos en la Parte B de Medicare **en el hogar.** Coseguro del **0 al 20 %** por medicamentos cubiertos en la Parte B de Medicare **despachados en una farmacia minorista, farmacia de pedidos por correo, consultorio médico y centro para pacientes ambulatorios.** Usted paga menos si su medicamento está en la lista de reembolsos de medicamentos de la Parte B de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, siglas en inglés). La lista cambia en forma trimestral. Usted paga un máximo de **$35** por un suministro de un mes de insulina cubierta de la Parte B.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Medicamentos con receta de Medicare Parte B (continuación) • 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 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 También cubrimos algunas vacunas en nuestro beneficio de medicamentos con receta Parte B y Parte D. 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. **Algunos medicamentos pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado** **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS MEDICAMENTOS**		

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso en forma sostenida 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.	No hay coseguro, copago ni deducible por la detección preventiva y la terapia para la obesidad.	No hay coseguro, copago ni deducible por la detección preventiva y la terapia para la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides 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: • Medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. • 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	Copago de **$25** por visitas del programa de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare.	Copago de **$0** por visitas del programa de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios, servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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 eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre también tienen cobertura a partir de la primera pinta utilizada. • Otros análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS** (continúa en la siguiente página)	Copago de **$25** por radiografías cubiertas por Medicare completadas **en el centro de un médico o autónomo.** Coseguro del **20 %** por radiografías cubiertas por Medicare completadas **en un hospital para pacientes ambulatorios.** Coseguro del **20 %** por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare. Copago de **$25** por los servicios de sangre cubiertos por Medicare.	Copago de **$0** por radiografías cubiertas por Medicare completadas **en el centro de un médico o autónomo.** Coseguro del **20 %** por radiografías cubiertas por Medicare completadas **en un hospital para pacientes ambulatorios.** Coseguro del **20 %** por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare. Copago de **$0** por los servicios de sangre cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios, servicios y suministros terapéuticos (continuación) **Para que las pruebas genéticas estén cubiertas usted necesita:** • 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. Las pruebas genéticas que **no están cubiertas** incluyen lo siguiente: • Servicios de prueba genética molecular y paneles o hibridación fluorescente in situ (FISH, siglas en inglés) no avalado 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). **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS** (continúa en la siguiente página)	Coseguro del **20%** por cada radiología de diagnóstico cubierta por Medicare. Coseguro del **20 %** por suministros para cirugía, férulas, yesos y otros aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones cubiertos por Medicare. Copago de **$0** por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados **en un centro de un médico o autónomo.** Copago de **$15** por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados **en un hospital para pacientes ambulatorios.** Copago de **$295** por cada visita al hospital como paciente ambulatorio cubierta por Medicare. Copago de **$0** por análisis de diagnóstico cubiertos por Medicare completados **en un centro de un médico o autónomo.**	Coseguro del **20%** por cada radiología de diagnóstico cubierta por Medicare. Coseguro del **20 %** por suministros para cirugía, férulas, yesos y otros aparatos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones cubiertos por Medicare. Copago de **$0** por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados **en un centro de un médico o autónomo.** Copago de **$15** por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare completados **en un hospital para pacientes ambulatorios.** Copago de **$295** por cada visita al hospital como paciente ambulatorio cubierta por Medicare. Copago de **$0** por análisis de diagnóstico cubiertos por Medicare completados **en un centro de un médico o autónomo.**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios, servicios y suministros terapéuticos (continuación) **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS**	Copago de **$45** por cada análisis de diagnóstico cubierto por Medicare completado **en un hospital para pacientes ambulatorios.**	Copago de **$45** por cada análisis de diagnóstico cubierto por Medicare completado **en un hospital para pacientes ambulatorios.**

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios 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. 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. **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. Incluso si permanece hospitalizado durante toda la noche, es posible que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si tiene dudas sobre su condición de paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!*Esta hoja de datos está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 TTY: **711**. Puede llamar a estos números, sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS**	Copago de **$275** por atención de observación cubierta por Medicare.	Copago de **$275** por atención de observación cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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 • 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 **Para que las pruebas genéticas estén cubiertas usted necesita:** • 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. Las pruebas genéticas que **no están cubiertas** incluyen lo siguiente: Servicios de prueba genética molecular y paneles o hibridación fluorescente in situ (FISH, siglas en inglés) no avalado 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). **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS** (continúa en la siguiente página)	Copago de **$295** por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. Consulte la sección “Medicamentos con receta de Medicare Parte B” de esta tabla para conocer los costos compartidos relacionados con los medicamentos de la Parte B.	Copago de **$295** por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. Consulte la sección “Medicamentos con receta de Medicare Parte B” de esta tabla para conocer los costos compartidos relacionados con los medicamentos de la Parte B.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) • 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). **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. Incluso si permanece hospitalizado durante toda la noche, es posible que aún se lo considere un paciente ambulatorio. Si tiene dudas sobre su condición de paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *¿Es usted un paciente internado o 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 TTY: **711**. Puede llamar a estos números, sin cargo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS**		

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Cuidado de la salud mental del paciente ambulatorio Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional autorizado (LPC, siglas en inglés), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT, siglas en inglés), enfermero 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. **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.** **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL DE EMBLEM (1-888-447-2526 TTY: 711)**	Copago de **$25** por cada visita individual o grupal cubierta por Medicare. Copago de **$25** por cada visita individual de cuidado de la salud mental cubierta por Medicare por medio de telesalud. Copago de **$25** por cada visita individual de atención psiquiátrica cubierta por Medicare por medio de telesalud.	Copago de **$0** por cada visita individual o grupal cubierta por Medicare. Copago de **$0** por cada visita individual de cuidado de la salud mental cubierta por Medicare por medio de telesalud. Copago de **$0** por cada visita individual de atención psiquiátrica cubierta por Medicare por medio de telesalud.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. 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). **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA**	Copago de **$25** por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.	Copago de **$0** por los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Servicios relacionados al abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Servicios relacionados al 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 proveedor médico enfermero, un asistente médico u otro profesional de atención médica calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes vigentes. **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.** **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL DE EMBLEM (1-888-447-2526 TTY: 711)**	Copago de **$25** por cada visita individual o grupal cubierta por Medicare. Copago de **$25** por cada visita individual por tratamiento para el abuso de sustancias en pacientes ambulatorios cubierta por Medicare por medio de telesalud.	Copago de **$0** por cada visita individual o grupal cubierta por Medicare. Copago de **$0** por cada visita individual por tratamiento para el abuso de sustancias en pacientes ambulatorios cubierta por Medicare por medio de telesalud.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, su proveedor puede facturarle un copago por separado en concepto de servicios profesionales. **Nota:** Si usted se somete a una cirugía 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. Incluso si permanece hospitalizado durante toda la noche, es posible que aún se lo considere un paciente ambulatorio. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS**	Copago de **$225** por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Copago de **$295** por cada visita al centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. Copago de **$275** por cada observación hospitalaria cubierta por Medicare.	Copago de **$225** por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Copago de **$295** por cada visita al centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. Copago de **$275** por cada observación hospitalaria cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos ambulatorios 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. El servicio intensivo ambulatorio es un programa estructurado de tratamiento 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. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL DE EMBLEM (1-888-447-2526 TTY: 711)**	Copago de **$25** por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Copago de **$25** por servicios intensivos ambulatorios cubiertos por Medicare.	Copago de **$0** por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Copago de **$0** por servicios intensivos ambulatorios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**

Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico.
 	
Los servicios cubiertos incluyen:
• 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, incluidos los siguientes: Visitas al médico de atención primaria (PCP) y a especialistas.
  ○ 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.
• 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.
 	
(continúa en la siguiente página)
	Copago de **$0** por cada visita al médico de atención primaria (PCP) cubierta por Medicare.
	
	Copago de **$25** por cada visita al especialista cubierta por Medicare.
	
	El costo compartido (copago o coseguro) que sea aplicable depende de los servicios que reciba. La Tabla de beneficios médicos enumera los costos compartidos por servicios específicos.
		Copago de **$0** por cada visita al médico de atención primaria (PCP) cubierta por Medicare.
		
		Copago de **$0** por cada visita al especialista cubierta por Medicare.
		
		El costo compartido (copago o coseguro) que sea aplicable depende de los servicios que reciba. La Tabla de beneficios médicos enumera los costos compartidos por servicios específicos.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • 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. (continúa en la siguiente página)		

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**

Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)
 	
• 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:
  ○ 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 **<u>en los siguientes casos</u>:**
  ○ 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 o las imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **<u>en los siguientes casos</u>:**
• Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónica
• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía
 	
(continúa en la siguiente página)		

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • 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 de podología Los servicios cubiertos incluyen: • 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 **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.	Copago de **$25** por los servicios de podología cubiertos por Medicare. Copago de **$25** por cada visita suplementaria de podología de rutina (hasta 4 visitas de rutina por año calendario).	Copago de **$0** por los servicios de podología cubiertos por Medicare. Copago de **$0** por cada visita suplementaria de podología de rutina (hasta 4 visitas de rutina por año calendario).
Exámenes de chequeo de cáncer de próstata Para hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente (una vez cada 12 meses): • Examen rectal digital • Prueba del antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual del PSA.	No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual del PSA.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Aparatos protésicos y suministros relacionados 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. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SUMINISTROS/APARATOS**	Coseguro del **20 %** por los aparatos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.	Coseguro del **20 %** por los aparatos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar 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. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA**	Copago de **$15** por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.	Copago de **$0** por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Tecnologías de acceso remoto.		
***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.	Copago de **$0** para la Línea directa de enfermería cubierta.*	Copago de **$0** para la Línea directa de enfermería cubierta.*
***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. Recibirá información adicional e instrucciones para el registro de parte de Teladoc®. Para recibir información también puede llamar al 1-800-835-2362 (1-800-TELADOC) (TTY: 1-855-636-1578) o visitar www.teladoc.com/emblemhealth *Los servicios no computan para su importe de gasto máximo de bolsillo.	Copago de **$0** por cada servicio de Teladoc cubierto.*	Copago de **$0** por cada servicio de Teladoc cubierto.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Detección y orientación para disminuir el abuso de alcohol Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que toman alcohol en exceso, pero que no son alcohólicos. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible por recibir el beneficio preventivo de detección y orientación cubierto por Medicare para disminuir el abuso del alcohol.	No hay coseguro, copago ni deducible por recibir el beneficio preventivo de detección y orientación cubierto por Medicare para disminuir el abuso del alcohol.
Examen de detección del cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis de radiación (LDCT) Las personas elegibles tienen cobertura de una tomografía computada de baja dosis de radiación (LDCT, siglas en inglés) cada 12 meses. **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 un 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. (continúa en la siguiente página)	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de orientación y toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare, ni por la LDCT.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de orientación y toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare, ni por la LDCT.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Examen de detección del cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis de radiación (LDCT) (continuación) *Para los exámenes de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de la detección LDCT:* los miembros deben recibir una orden por escrito para la 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 el cáncer de pulmón para los siguientes exámenes de detección del cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare correspondientes.		

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación para prevenir las ITS 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. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible por recibir el beneficio preventivo de detección de ITS y orientación sobre ITS cubierto por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por recibir el beneficio preventivo de detección de ITS y orientación sobre ITS cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • 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) Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección *Medicamentos con receta de Medicare Parte B*.	Copago de **$0** por cada servicio de educación sobre enfermedad renal cubierto por Medicare. Coseguro del **20 %** de coseguro por cada tratamiento de diálisis, equipos, suministros y servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare.	Copago de **$0** por cada servicio de educación sobre enfermedad renal cubierto por Medicare. Coseguro del **20 %** de coseguro por cada tratamiento de diálisis, equipos, suministros y servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Usted está cubierto hasta por 100 días en un centro de enfermería especializada para servicios para pacientes internados cubiertos por Medicare en cada período de beneficios. No es necesaria una estadía hospitalaria previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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 • 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 concentrado de eritrocitos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre también 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 **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA** (continúa en la siguiente página)	Copago de **$0** para los días 1 a 20 de servicios cubiertos por Medicare. Copago de **$203** para los días 21 a 100 de servicios cubiertos por Medicare en cada período de beneficios. 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.	Copago de **$0** para los días 1 a 20 de servicios cubiertos por Medicare. Copago de **$203** para los días 21 a 100 de servicios cubiertos por Medicare en cada período de beneficios. 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.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) Por lo general, recibirá atención del SNF en los centros de la red. Sin embargo, en circunstancias específicas que se detallan a continuación, usted podría pagar la participación en los costos dentro de la red en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los importes de pago de nuestro plan. • 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 vive su cónyuge o pareja doméstica cuando usted recibe el alta del hospital **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA**		
Abandono del tabaquismo (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco) Si usa tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedad relacionada con el tabaquismo: 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. 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: Cubrimos servicios de orientación para que abandone el tabaquismo. Cubrimos dos sesiones de orientación para intentar dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará su participación en los costos correspondientes. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para abandonar el tabaquismo y el uso del tabaco cubiertos por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para abandonar el tabaquismo y el uso del tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Terapia de ejercicio supervisado (SET) 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. La cobertura abarca hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • 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. 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. **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA**	Copago de **$25** por cada sesión de terapia de ejercicio supervisado (SET) cubierta por Medicare.	Copago de **$0** por cada sesión de terapia de ejercicio supervisado (SET) cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Servicios urgentemente necesarios 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 no sea razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Si no es razonable obtener de inmediato la atención médica de un proveedor de la red debido a sus circunstancias, su plan cubrirá los servicios urgentemente necesarios prestados por 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 médicos de inmediato por una afección imprevista, pero no es una emergencia médica; o es poco razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención médica de inmediato 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. 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. *Usted tiene cobertura para los servicios urgentemente necesarios en todo el mundo. *Los servicios no suman para su importe de gasto máximo de bolsillo.	Copago de **$35** por visita para los servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare. Copago de **$100** por servicios urgentemente necesarios en todo el mundo, fuera de Estados Unidos y sus territorios. (Usted no paga este importe si ingresa en el hospital en el plazo de un día para la misma afección)*.	Copago de **$0** por visita para los servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare. Copago de **$100** por servicios urgentemente necesarios en todo el mundo, fuera de Estados Unidos y sus territorios. (Usted no paga este importe si ingresa en el hospital en el plazo de un día para la misma afección)*.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • 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.	Copago de **$25** por los beneficios cubiertos por Medicare, incluidos el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos (incluida la retinopatía diabética)	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)
• 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	Copago de **$0** por examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare cada año.	Copago de **$0** por examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare cada año.
• Las personas con diabetes tienen cobertura para el examen de detección de retinopatía diabética una vez al año.	Copago de **$0** por cada examen de la vista de rutina (uno por año calendario).*	Copago de **$0** por cada examen de la vista de rutina (uno por año calendario).*
• 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).	Copago de **$25** 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.	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.
• Los servicios cubiertos incluyen: ○ *Un examen ocular de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto por año. ○ Un par de anteojos o lentes de contacto por año. • *** Asignación aplicable para:** ○ Anteojos (armazón y lentes), o ○ Lentes de anteojos solamente, o ○ Armazones de anteojos solamente, o ○ Lentes de contacto en lugar de anteojos Los armazones y lentes básicos cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas están cubiertos. *Los servicios no suman para su importe de gasto máximo de bolsillo (continúa en la siguiente página)	Nuestro plan cubre una asignación de hasta **$300** por año para accesorios para la vista de rutina*.	Nuestro plan cubre una asignación de hasta **$150** por año para accesorios para la vista de rutina*.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios	
	EmblemHealth VIP Gold	**EmblemHealth VIP Gold Plus**
Atención de la vista (continuación) **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 el sitio web del plan en **emblemhealth.com/medicare**.		
Visita preventiva de Bienvenida a Medicare El plan cubre una visita preventiva de Bienvenida a Medicare por única vez. 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. **Importante:** La visita preventiva de Bienvenida a Medicare solo tiene cobertura durante los primeros 12 meses en los que usted cuenta con Medicare Parte B. Cuando reserve una cita, informe en el consultorio médico que desea programar su visita preventiva de Bienvenida a Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva de Bienvenida a Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva de Bienvenida a Medicare.

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección se le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

En la siguiente tabla se incluyen los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que están cubiertos solo 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 emergencias, 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 la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Acupuntura		• Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		• 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.
Atención de custodia 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 ayudarle con actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	**Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia**	

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Medicamentos, intervenciones y equipos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Original Medicare considera como no aceptados habitualmente por la comunidad médica.		• Es posible que tengan la cobertura de Original Medicare en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
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	**Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia**	
Comidas entregadas a domicilio	**Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia**	
Los servicios de tareas domésticas incluyen asistencia básica en el hogar, como por ejemplo, tareas simples de limpieza o la preparación simple de comidas	**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		• 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		• 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 pie diabético.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
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.		• 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		• La manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación tiene cobertura.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		• Algunos tipos de atención dental de rutina están disponibles con EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus (consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, en "Servicios dentales". Para obtener una lista de las exclusiones y limitaciones dentales, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4).
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para personas con visión deficiente		• 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. • Algunos tipos de atención de la vista de rutina están cubiertos. (Consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos, en "Atención de la vista").
Cuidado de rutina de los pies		• Determinada cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes). (Consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos, en "Servicios de podología").

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para ajustar audífonos		● 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. No está cubierta la restauración de la estructura dental perdida por deserción o abrasión.
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. No está cubierta la anestesia que no sea de sedación profunda o la sedación intravenosa moderada. No está cubierta la inhalación de óxido nitroso y sedación consciente no intravenosa (incluida, entre otras, la sedación oral e intramuscular).
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. No están cubiertos los servicios que estén incompletos o no se presten al paciente.
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 y dentaduras postizas parciales fijas.
17. No se cubre más de una evaluación oral clínica cada seis (6) meses.
18. No se cubre más de un procedimiento de profilaxis (limpieza) o mantenimiento periodontal cada seis (6) meses. 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. No se cubre más de una serie de radiografías de boca completa cada treinta y seis (36) meses.
20. No se cubre más de una serie de radiografías de aleta de mordida cada seis (6) meses.
21. No se cubre más de un tratamiento con fluoruro cada seis (6) meses.
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. No se cubre más de una reparación de dentadura postiza por arco cada doce (12) meses.
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 prótesis 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 soportadas por implantes 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.
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 una limpieza de raspado y alisado radicular (limpieza de la superficie debajo de la encía) por cuadrante cada treinta y seis (36) meses no está cubierta.
35. Los servicios por cualquier afección cubierta por la ley de indemnización al trabajador, sin culpa 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. Cualquier servicio o suministro proporcionado junto con, o en preparación para, o en consecuencia de un servicio no está cubierto.
39. No se cubre 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]).
40. Los servicios de ortodoncia no están cubiertos.

CAPÍTULO 5:

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

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.

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 tienen que estar incluidos en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada médicamente. Una indicación aceptada médicamente es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por material de referencia específico. (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 hace referencia a 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. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen una participación en los costos preferida, la cual puede ser más baja que la participación en los costos de una farmacia que ofrece participación en los costos estándar. En el *Directorio de*

farmacias encontrará información sobre cuáles farmacias de la red ofrecen participación en los costos preferida. Comuníquese con nosotros para obtener más información acerca de cómo sus gastos de bolsillo pueden variar para los diferentes medicamentos.

¿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. O bien, si la farmacia que ha estado usando sigue dentro de la red, pero ya no ofrece participación en los costos preferida, puede que usted quiera cambiarse a una farmacia de la red o preferida diferente, si está disponible. 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.
- 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 están marcados como **medicamentos "MO" (pedidos 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**.

Puede usar cualquiera de nuestras farmacias de pedidos por correo dentro de la red. Sin embargo, los costos de sus medicamentos cubiertos pueden ser incluso inferiores si usa una farmacia de pedidos por correo dentro de la red que ofrece participación en los costos preferida, en lugar de una farmacia de pedidos por correo dentro de la red que ofrece participación en los costos estándar.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo llenar sus recetas por correo,

comuníquese con Servicio de Atención al Cliente o visite nuestro sitio web en **emblemhealth.com/medicare**.

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 en cualquier momento, llamando al Servicio de Atención al Cliente de Express Scripts al 1-877-866-5828 (TTY 711), 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.

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, tiene la opción de suscribirse 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 de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento y puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su 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?

Cuando reciba suministros de medicamentos a largo plazo, su participación en los costos puede ser menor. 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" de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma habitualmente para el tratamiento de una afección médica crónica o a largo plazo).

1. 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.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿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 2.2 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 2.2 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. (La Sección 2 del Capítulo 7 explica cómo pedir que su plan le devuelva un pago).

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.

Los medicamentos de la “Lista de medicamentos” son solo aquellos cubiertos por Medicare Parte D.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la “Lista de medicamentos” del plan siempre y cuando siga las otras reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del fármaco sea una indicación aceptada médicamente. Una indicación aceptada médicamente es un uso del medicamento que está, *ya sea*:

- 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 los medicamentos de marca, los medicamentos genéricos y los 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, puede 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. Por lo general, el medicamento genérico funciona igual que el medicamento de marca y, usualmente, cuesta menos. Hay disponibles medicamentos genéricos sustitutos para muchos medicamentos de marca.

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

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 un medicamento particular en la “Lista de medicamentos”. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la “Lista de medicamentos”. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Sección 3.2 Hay seis niveles de participación en los costos para los medicamentos de la “Lista de medicamentos”

Cada medicamento de la “Lista de medicamentos” del plan se ubica en uno de los seis niveles de participación en los costos. En general, cuanto más alta es la categoría 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 participación en los costos incluye: medicamentos de marca preferidos, que incluye medicamentos genéricos y de marca
- 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 averiguar en qué nivel de participación en los costos está su medicamento, verifique en 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 cuatro modos de averiguar:

1. Verifique la “Lista de medicamentos” más reciente que le proporcionamos electrónicamente.

2. Visite el sitio web del plan, en **emblemhealth.com/medicare**. La “Lista de medicamentos” que aparece en el sitio web es la más actual siempre.

3. Llame al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si un medicamento particular está en la “Lista de medicamentos” del plan o para pedir una copia de la lista.

4. Use 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 una estimación 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 algunas de estas restricciones rigen para un medicamento que toma o desea tomar, verifique 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

Generalmente, un medicamento **genérico** funciona del mismo modo que un medicamento de marca, y generalmente 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 afección médica, es posible que el plan le solicite que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no le funciona, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente **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 farmacopea 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.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de participación en los costos que hace que su participación sea más costosa de lo que piensa que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto del modo en que desearía que esté cubierto. Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o su medicamento

está restringido, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de participación en los costos 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 está en la "Lista de medicamentos" o si el medicamento está restringido de algún modo?

Si su medicamento no está en la "Lista de medicamentos" o está restringido, aquí hay algunas cosas que puede hacer:

- 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 **debe estar restringido de alguna manera**.

- **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 formaba parte del plan el año pasado,** 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 está fuera de su período de transición e intenta adquirir un medicamento con receta que es elegible para transición, se marcará la reclamación para indicarle al farmacéutico que pida información sobre el nivel de cambios en la atención. Una vez que el cambio en el nivel de atención se haya confirmado, nuestro plan proporcionará una anulación para permitir un suministro de transición por única vez.

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 dos 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.

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, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aun cuando 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 es un miembro vigente y un medicamento que usted recibe actualmente se eliminará de la farmacopea o se restringirá de alguna forma para el año próximo, le informaremos sobre cualquier cambio antes del próximo año. Puede solicitar una excepción antes del año siguiente y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional autorizado para recetar). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio se haga efectivo.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la Sección 6.4 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.

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 un nivel 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 6.4 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 participación en los costos para los medicamentos en esta categoría.

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

Sección 6.1 La "Lista de medicamentos" puede cambiar durante el año

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

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

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de que cambiemos 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 hay cambios en la "Lista de medicamentos", publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra "Lista de medicamentos" en línea de forma regular. 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 a un medicamento de marca en la "Lista de medicamentos" (o cambiamos el nivel de participación en los costos o agregamos restricciones nuevas 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 por una versión genérica del mismo fármaco o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico. Podemos decidir mantener el medicamento de marca o un producto biológico original en nuestra "Lista de medicamentos", pero moverlo a un nivel más alto de participación en los costos o agregar restricciones nuevas, o ambas cosas, cuando se agrega el medicamento genérico o biosimilar intercambiable.
    - Si un medicamento de marca o producto biológico original que está tomando se reemplaza por una versión biosimilar genérica o intercambiable, o se mueve a un nivel más alto de participación en los costos, debemos notificarle el cambio con al menos 30 días de antelación o notificarle el cambio y un resurtido de 30 días de

su medicamento de marca o producto biológico original.
  - Después de ser notificado sobre el 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 puede pedirnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca o el producto biológico original por usted. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

- **Los medicamentos no seguros y otros medicamentos en la "Lista de medicamentos" que son retirados del mercado**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, es posible que eliminemos el medicamento de la "Lista de medicamentos" de inmediato. 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 a los 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.° 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:

- Colocación de su medicamento en un nivel superior de participación en los costos.
- 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.° 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 saber si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que le afecte 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 le informa qué clases de medicamentos con receta están excluidos. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos usted. 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).

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. El uso **fuera de la indicación aprobada** es cualquier uso del medicamento diferente de los que se indican en la etiqueta del medicamento como aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para uso fuera de la indicación aprobada se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como del American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX.

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

- 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 recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos con receta, el programa "Ayuda Adicional" no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa Medicaid estatal puede cubrir

algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos por 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.

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

Si no tiene la información de membresía en el plan con usted cuando va a llenar su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Puede, entonces, **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle un 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 es un residente de un centro de LTC, podrá obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que el centro use, siempre que 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 usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra "Lista de medicamentos" o que está restringido de alguna manera?

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 de medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el 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 deberá enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos con receta para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan de grupo es acreditable, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se prevé que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de 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 estas notificaciones 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 requiere determinados medicamentos (p. ej., contra las náuseas, laxantes, analgésicos o medicamentos contra la ansiedad) que no estén cubiertos por su hospicio porque no se relacionan con su enfermedad terminal ni con afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir notificación del profesional autorizado para recetar o el proveedor del hospicio acerca de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro 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. Si, luego de hablar con sus médicos, decidimos que su uso de medicamentos opioides o con benzodiacepinas con receta quizás no sea seguro, es posible que limitemos cómo puede obtener esos medicamentos. Si participa en nuestro Programa de control de medicamentos, 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.

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 las recetas de estos medicamentos solo de un médico o una 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 cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o limitación, usted y su profesional autorizado para recetar tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si apela nuestra decisión, revisaremos 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. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación.

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 denomina 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 el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le darán 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

¿Recibe ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información en esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta Parte D no le corresponda.** 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 [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 simplificarlo, usamos "medicamento" en este capítulo para referirnos a medicamentos con receta Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D, algunos están cubiertos según Medicare Parte A o Parte B y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

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 buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 3, Sección 3.2), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por 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 **participación en los costos** y hay tres maneras en las que se le puede pedir que pague.

- El **deducible** es el importe que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El **copago** es un importe fijo que usted paga cada vez que surte un medicamento con receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted 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 de este documento):

- El importe que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamento:
  - La Etapa de deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa de interrupción de cobertura
- 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 sus costos de bolsillo si otras **personas u organizaciones** los hacen en su nombre. 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 en sus costos de bolsillo algunos pagos realizados por el Programa de descuento de interrupción de cobertura de Medicare (Medicare Coverage Gap Discount Program). 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 aquellos que pagan en su nombre) haya gastado un total de **$8,000** en gastos de bolsillo en un año calendario, pasará de la Etapa de interrupción de cobertura 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:

- su prima mensual;
- 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 que haga por los medicamentos con receta no cubiertos normalmente por un plan

de medicamentos con receta de Medicare.
- Los pagos realizados por el plan para sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la 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).

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 (EOB) de la Parte D que recibe incluye el importe actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este importe llegue a **$8,000**, el informe le indicará que ha dejado la Etapa de interrupción de cobertura 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 Lo que paga por un medicamento depende de en cuál etapa de pago de medicamentos esté cuando obtenga el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus?

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta conforme a EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus. 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 deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de interrupción de cobertura

Etapa 4: Etapa de cobertura contra catástrofes

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:

- Llevamos registro de cuánto pagó. A esto se lo denomina sus **costos de bolsillo**.
- Llevamos un registro de su **total de costos en 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 llenado 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.° de enero.** Esta se 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. A fin de ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. A continuación, se dan ejemplos de cuándo debe darnos 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.
    - 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.
- **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 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del nivel 3, el nivel 4 y el nivel 5

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje. Usted pagará un deducible anual de **$200** por los medicamentos del nivel 3, el nivel 4 y el nivel 5. **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos del nivel 3, nivel 4 y nivel 5** hasta alcanzar el importe del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. Su **costo total** es, por lo general, inferior al precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos inferiores para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado **$200** por sus medicamentos del nivel 3, el nivel 4 y el nivel 5, saldrá de la Etapa del deducible y pasará a la Etapa de cobertura inicial.

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 o coseguro). 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

Cada medicamento de la “Lista de medicamentos” del plan se ubica en uno de los seis niveles de

participación en los costos. 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 participación en los costos incluye: medicamentos de marca preferidos, que incluye medicamentos genéricos y de marca. Usted paga $35 por suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel
- 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 averiguar en qué nivel de participación en los costos está su medicamento, verifique en 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 que ofrece una participación en los costos estándar. Los costos sean menores en las farmacias que ofrecen participación en los costos preferida
- una farmacia minorista de la red que ofrece una participación en los costos preferida;
- 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, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta adquirido en una farmacia fuera de la red;
- La farmacia con servicio de pedidos 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 los costos que usted debe pagar 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 o coseguro 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	**Participación en los costos minoristas estándar (dentro de la red)** (un suministro de hasta 30 días)	**Participación en los costos para medicamento preferido adquirido en farmacias minoristas (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 pedido por correo preferido** (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). (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de participación en los costos (Medicamentos genéricos preferidos)	$7	$2	$7	$0	$7	$7
Nivel 2 de participación en los costos (Medicamentos genéricos)	$20	$10	$20	$0	$20	$20
Nivel 3 de participación en los costos (Medicamentos de marca preferidos)	$47	$40	$47	$40	$47	$47
Nivel 4 de participación en los costos (Medicamentos no preferidos)	$100	$95	$100	$95	$100	$100
Nivel 5 de participación en los costos (Medicamentos del nivel de especialidad)	29 %	29 %	29 %	29 %	29 %	29 %
Nivel 6 de participación en los costos (Medicamentos de atención selecta)	$0	$0	$0	$0	$0	$0

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

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

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 usted paga por día para su medicamento (la tarifa de participación en los costos diaria) y lo multiplicaremos por la cantidad de días para los cuales reciba el medicamento.

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 recibir un suministro a largo plazo (lo que también se llama 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.

- 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 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)	**participación en los costos para medicamento preferido adquirido en farmacias de venta minorista (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)	**Costo compartido por pedido por correo** (un suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de participación en los costos (Medicamentos genéricos preferidos)	$21	$6	$21	$0
Nivel 2 de participación en los costos (Medicamentos genéricos)	$60	$30	$60	$0
Nivel 3 de participación en los costos (Medicamentos de marca preferidos)	$141	$120	$141	$120
Nivel 4 de participación en los costos (Medicamentos no preferidos)	$300	$285	$300	$285
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.	El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos del nivel5.	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	$0	$0

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

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos para el año alcancen los $5,030

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el importe total de los medicamentos con receta que haya adquirido llegue al límite de **$5,030 para la Etapa de cobertura inicial.**

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 **$5,030** 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 interrupción de cobertura. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información acerca de cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de interrupción de cobertura

Cuando se encuentre en la Etapa de interrupción de cobertura, pagará $0 de copago por medicamentos de atención selecta de nivel 6 y $35 por el suministro de insulinas cubiertas por un mes. Para otros medicamentos en esta etapa, el Programa de descuento de interrupción de cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricantes para medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de entrega para los medicamentos de marca. Tanto el importe que usted paga como el importe descontado por el fabricante se suman a sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado y lo transfiere a la interrupción de cobertura.

También recibe una cierta cobertura para los medicamentos genéricos. Usted paga hasta 25 % del costo para los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solamente el importe que usted paga cuenta y le permite avanzar en la interrupción de cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que los pagos de bolsillo anuales que usted efectúe alcancen el importe máximo que Medicare haya establecido. Una vez que alcance el importe de **$8,000**, dejará de estar en la Etapa de interrupción de cobertura y pasará a la Etapa de cobertura contra catástrofes.

Medicare tiene reglas sobre qué cuenta y qué *no* cuenta para los gastos de bolsillo (Sección 1.3).

Los requisitos de coseguro de la Etapa de interrupción de cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D y a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje.

No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y su participación en los costos para estas vacunas.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura contra catástrofes, el plan paga la mayoría de los costos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa en la Etapa de cobertura contra catástrofes cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de **$8,000** 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 paga por vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas 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, incluso si no pagó su deducible. Consulte la "Lista de medicamentos" de su plan o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener detalles de cobertura y participación en los costos con respecto a 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 llama la administración de la vacuna).

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

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por parte de una organización llamada Comité Asesor sobre 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 tienen costo para usted.
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 puede administrar la vacuna en la farmacia. Como alternativa, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que recibe la vacunación de la Parte D puede variar de acuerdo con la situación y la **etapa de pago de medicamentos** 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, usted no pagará nada.

A continuación se muestran tres ejemplos de cómo podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener esta opción dependerá del lugar en donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren algunas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí, lo que incluye el costo de administrarle 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 recibe una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y del proveedor que se la administra.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra participación en los costos mediante 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, le reembolsaremos el importe que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración), y menos cualquier diferencia entre el importe que cobra el médico y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esa diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total por este servicio. Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra participación en los costos mediante 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, le reembolsaremos el importe que pagó menos cualquier copago por la administración de la vacuna, y menos cualquier diferencia entre el importe que cobra el médico y lo que nosotros pagamos normalmente. (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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra participación en los costos de sus servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, es posible que descubra que ha pagado más que lo esperado en función de las reglas de cobertura de nuestro plan. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero a menudo se denomina reembolsar). El reintegro por parte de nuestro plan es su derecho siempre que haya pagado más que su participación en los costos 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.

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 es un proveedor contratado, usted tiene derecho a recibir tratamiento igualmente.

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

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o urgentemente necesarios de cualquier proveedor, ya sea que forme parte de nuestra red o no. En estos casos:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo por los servicios de emergencia o de urgencia recibidos. Los proveedores de servicios de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. 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 ha pagado más que su participación del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le reintegraremos nuestra participación del costo.

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 al plan directa y solamente pedirle a usted su parte del costo. No obstante, a veces cometen errores y le piden que pague más que su participación.

- Usted solamente debe pagar el importe de su participación en los costos cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales separados, denominados facturación del saldo. Esta protección (usted nunca paga más de la cantidad de la participación en los costos) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor una cantidad menor que lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso en caso de existir una disputa y que no paguemos determinados cargos del proveedor.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red que usted crea que supera lo que usted debe pagar, envíenos la factura. 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, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura, junto con la documentación del pago que usted ha efectuado y solicítenos que le reintegremos la diferencia entre el importe que pagó y el importe que debe según el plan.

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, es posible que el medicamento no esté en la "Lista de medicamentos" del plan o que tenga un requisito o una restricción que usted no conocía o que pensaba que no correspondía a su situación. 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 reintegro de nuestra parte del costo.

Estos ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede presentar una apelación de 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) PO Box 2845 New York, NY 10116-2845	Express Scripts Attn: Medicare Parte D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718

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. 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. Le enviaremos una carta para explicarle los motivos por los cuales no le enviamos el pago y su derecho 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, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, 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 una forma conveniente para usted (en idiomas distintos al inglés, en sistema braille, en letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)

Para recibir información nuestra en un formato que le sirva, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Nuestro plan tiene personal y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de personas con discapacidades y de miembros que no hablan 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 (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Si tiene algún problema consiguiendo información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, por favor, llame a presentar una queja con el servicio 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. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o en este correo; también puede ponerse en contacto con nuestro Servicio de atención al cliente del plan para obtener información adicional.

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 usted nos dio cuando se inscribió en este plan, así como los 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 entregamos un aviso por escrito, llamado **Aviso de confidencialidad clínica**, en el que se le informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su 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 del cuidado de la salud para decidir los cambios que debemos hacer.

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 Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus, tiene el derecho a obtener varios tipos de información de parte nuestra.

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 usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **directivas médicas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas médicas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Ejemplos de directivas médicas anticipadas son los documentos llamados **declaración de voluntad anticipada** y **poder para el cuidado de salud**.

Si desea usar una **directiva médica anticipada** para dar sus instrucciones, a continuación se muestra 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 *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).

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 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 pagar las primas de su plan.
    - Debe continuar pagando una prima por su Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su participación del costo cuando recibe el servicio o el medicamento.
    - Si se le exige pagar una penalidad por inscripción tardía, debe pagar dicha penalidad para mantener su cobertura de medicamentos con receta.
    - Si es necesario que pague un importe adicional por la Parte D debido a su ingreso anual, debe continuar pagando el importe adicional directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, también debemos saberlo** para que podamos actualizar su registro de miembro y saber cómo contactarlo.
- **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 dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- 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".

Ambos 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, por lo general encontrará las siguientes frases: presentar una queja en lugar de presentar un reclamo; decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, o determinación de cobertura o determinación en riesgo; y organización de evaluación independiente en vez 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)

Cada estado cuenta con un programa gubernamental con orientadores capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los orientadores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe seguir para manejar un problema que tenga. Además, pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

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).

SECCIÓN 3 Para manejar su problema, ¿qué proceso debe seguir?

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo correspondientes a su situación. En la guía a continuación encontrará ayuda.

¿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) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya directamente a la **Sección 10** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se encarga de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, por lo general nos referimos a artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de Medicare Parte B como parte de la **atención médica**. Se utiliza el proceso de apelaciones y de decisión de cobertura para cuestiones relacionadas con la cobertura o no de un artículo y la forma en que algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el 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 se encuentra dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la Evidencia de Cobertura deje en claro que el servicio derivado nunca está cubierto bajo ninguna condición. 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 desea saber si cubriremos una atención médica antes de que la reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura se desestimará, lo que significa que no evaluaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará 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 decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que le explicaremos por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una evaluación de la desestimación.

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

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que evaluemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas situaciones, que analizaremos más adelante, puede solicitar una decisión de expedición o una **apelación acelerada** 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 desestimará, lo que significa que no evaluaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará 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 negamos su apelación de Nivel 1 para atención médica, en forma total o parcial, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de evaluación independiente que no está relacionada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente 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 negamos su apelación en forma total o parcial, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

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 9 de este capítulo se explica el proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 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 estatal de asistencia con seguros de salud.
- **Su médico puede 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 solicite el formulario de *Designación 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 o medicamentos con receta de la Parte B, su médico puede 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.
    - 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 lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona actúen como su representante, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de 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 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 4.3 ¿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 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una internación más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que mantengamos la cobertura de ciertos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto” (*Se aplica solo a estos servicios:* cuidado de salud en el hogar, atención del Centro de Enfermería Especializada y en el centro integral de rehabilitación de paciente ambulatorio [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 SHIP.

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

Sección 5.1 En esta sección, se informa qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le hagamos un reintegro por nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se tratan sus beneficios 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.

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 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean brindarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
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 5.3.**
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 5.5**.
5. Le informan que la cobertura de cierta atención médica que ha recibido y que hemos aprobado previamente se reducirá o se suspenderá y considera que eso podría ser perjudicial para su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

   Nota: Si la cobertura que se suspenderá es de atención hospitalaria, cuidado de salud en el hogar, atención del centro de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se denomina **determinación de organización.** Una decisión de cobertura acelerada se denomina **determinación acelerada.**

Paso 1: Determine si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura acelerada.

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

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no se incluyen solicitudes de pago por 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 informa que, por cuestiones de salud, usted necesita una decisión de cobertura acelerada, aceptaremos proporcionársela automáticamente.**
- **Si pide una decisión de cobertura acelerada por su propia cuenta, sin el apoyo de su 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 acelerada, se la daremos de forma automática.
  - Que puede presentar una queja de respuesta rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura acelerada que pidió.

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, tenemos en cuenta 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 beneficiarle, **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 cree que *no* debemos 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 10 de este capítulo).

Para las decisiones de cobertura acelerada, tenemos en cuenta un plazo 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.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos demorar hasta 14 días más**. 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 cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una queja de respuesta rápida. (Consulte la Sección 10 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 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama una **reconsideración** del plan. Una apelación acelerada también se denomina una **reconsideración de expedición urgente.**

Paso 1: Determine si necesita una apelación estándar o una apelación acelerada.

Por lo general, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación acelerada se presenta dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación acelerada. Si su médico nos informa que su estado de salud exige una apelación acelerada, se la daremos.
- Los requisitos para obtener una apelación acelerada son los mismos que para obtener una decisión de cobertura acelerada, que se explican en la Sección 5.2 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.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan evalúa 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.

Fechas límite 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.
    - 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 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 5.4 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.

Fechas límite 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.
- Si cree que *no* debemos 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 10 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 5.4 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 en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de Medicare Parte B.
- **Si la respuesta de nuestro plan es "no" para todo o parte de su apelación,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Evaluación Independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se hace una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la organización de evaluación independiente es **entidad de evaluación independiente.** A menudo, se llama **IRE.**

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: La organización de evaluación independiente evalúa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama 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.
- Los revisores de la organización de evaluación independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación acelerada en el Nivel 1, también tendrá una apelación acelerada en el Nivel 2

- Para 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 recibir 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.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de evaluación debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 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, 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.

- **Si la organización de evaluación acepta todo o parte de una solicitud para un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido la decisión de la organización de evaluación para casos de solicitudes estándar. En el caso de las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de evaluación.
- **Si la organización de evaluación acepta todo o parte de una solicitud para un medicamento con receta de Medicare Parte B**, debemos autorizar el medicamento con receta de la Parte B en disputa en un plazo de **72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de evaluación para casos de **solicitudes estándar.** En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de evaluación.
- **Si esta organización rechaza toda o parte de la apelación que usted hizo**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **desestimar 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.

Paso 3: 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 9 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra participación de una factura recibida por atención médica?

En el Capítulo 7, se describe cuándo 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.

Solicitar un reembolso es solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También controlaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra participación del costo en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* tiene cobertura o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de desestimarlo, **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 60 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, en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 En esta sección, se le informa qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento Parte D o si desea un reintegro 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, en general, hablamos de *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *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 sus medicamentos de la Parte D se denomina **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*. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- 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 6.2**
- 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 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento con receta que ya compró. **Solicitarnos un reintegro. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se le informa cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la "Lista de medicamentos" a veces se llama solicitar una **excepción de farmacopea**. Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se llama solicitar una **excepción de farmacopea.** Solicitar pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto a veces se llama solicitar una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto en el modo en que usted desearía que estuviera cubierto, puede solicitarnos 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. **Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra "Lista de medicamentos".** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la "Lista de medicamentos", tendrá que pagar el importe de participación en los costos correspondiente a los medicamentos del Nivel 5 (medicamentos del nivel de especialidad). 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 reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de 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.** Cada medicamento de nuestra "Lista de medicamentos" está en uno de los seis niveles de participación en los costos. En general, cuanto más bajo sea el número de nivel de participación en los costos, menos pagará por su parte del costo del medicamento.

   - Si nuestra "Lista de medicamentos" contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de participación en los costos inferior que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento por el importe de participación en los costos que se aplica al medicamento alternativo.
   - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por un importe de participación en los costos más bajo. 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 la categoría 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 medicamento del nivel 5 (medicamentos del nivel de especialidad).
- 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 6.3 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.

Por lo general, nuestra "Lista de medicamentos" incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se llaman 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 los niveles de participación en los costos más bajos 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 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una decisión de cobertura acelerada se denomina una **determinación de cobertura acelerada.**

Paso 1: Determine si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura acelerada.

Las decisiones de cobertura estándar se toman en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. **Las decisiones de cobertura acelerada** se toman en

un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura acelerada. **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 u otro profesional autorizado para recetar nos informan que, por cuestiones de salud, usted necesita una decisión de cobertura acelerada, le daremos automáticamente una decisión de cobertura acelerada.**
- **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 darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura acelerada que pidió. 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 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. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. 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. 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 una excepción, proporcione la declaración de apoyo,** que es el motivo médico para solicitar 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.

Fechas límite para una decisión de cobertura acelerada

- 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.
  - 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.

Las fechas límite 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.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- 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 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación ante el plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama una **redeterminación** del plan. Una apelación acelerada también se denomina una **redeterminación acelerada.**

Paso 1: Determine si necesita una apelación estándar o una apelación acelerada.

Por lo general, una apelación estándar se presenta en el plazo de 7 días. Por lo general, una apelación acelerada se presenta dentro de las 72 horas. Si su estado de salud lo exige, solicite una apelación acelerada.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de un medicamento que aún no ha recibido, usted o su médico u otro profesional autorizado para recetar deberán decidir si necesita una apelación acelerada.
- Los requisitos para obtener una apelación acelerada son los mismos que para obtener una decisión de cobertura acelerada, que se explican 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 estado de 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.
- **Para apelaciones aceleradas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-866-350-2168.** 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.

Fechas límite 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 6.6 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.

Fechas límite 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 6.6 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.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- 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 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la organización de evaluación independiente es **entidad de evaluación independiente.** A menudo, se llama **IRE.**

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 **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la organización de evaluación independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama 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.

Fechas límite para la apelación acelerada

- Si su estado de salud lo exige, solicite a la organización de evaluación independiente una apelación acelerada.
- Si la organización acepta proporcionarle una apelación acelerada, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en **un plazo de 72 horas** de haber recibido

su solicitud de apelación.

Fechas límite para la 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.

Para 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.

Para 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**. También se denomina **desestimar 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 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una internación hospitalaria más prolongada si cree que le están dando 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 sale del hospital se llama la **fecha de 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 7.1 Durante su estadía en el hospital 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 usted no recibe el aviso de alguien en el hospital, (por ejemplo, un asistente social o un profesional de enfermería), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame 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 (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.
   - Su derecho a **solicitar una evaluación inmediata** de su decisión de alta si cree que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta para que cubramos su atención en el hospital durante un tiempo más prolongado.

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.

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 7.2 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. Comprueba 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.

- 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 7.4.

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 en línea 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 *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe 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 responde *sí*, **debemos continuar brindándole servicios hospitalarios de paciente ingresado cubiertos durante todo el tiempo que estos 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.

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 procederá al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 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. Esto se denomina confirmar la decisión.
- 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. En la Sección 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se le pasa el plazo para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria?

Término legal
Una evaluación acelerada (o apelación acelerada) también se denomina **apelación urgente**.

Puede presentarnos la apelación a nosotros.

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar la apelación de Nivel 1 de su fecha de alta hospitalaria. 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 *alterna* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida 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 plazos estándares. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una evaluación acelerada de su fecha de alta planificada y comprobamos si fue 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 en un plazo de 72 horas después de que pida 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 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 de la organización de evaluación independiente es **entidad de evaluación independiente.** A menudo, se llama **IRE.**

La organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está vinculada con nuestro plan 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 10 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 del cuidado de hospital 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 con el proceso de evaluación, que es manejado por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador.

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 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que mantengamos la cobertura de determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1 *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 recibe **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo 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 termina la cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de esa 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 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal
Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa 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 prolongado.
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 8.3 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 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. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización de mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud contratados por el gobierno federal para controlar y mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: 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 8.5.

Paso 2: La Organización de mejora de la calidad realiza una evaluación independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la falta de 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 revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- 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: En un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le indicarán 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 dicen *no*, 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 revisores dicen *"no"* a su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo la atención después de que finalice su cobertura, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 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.

- 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 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿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
Una evaluación acelerada (o apelación acelerada) también se denomina **apelación urgente**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida 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 plazos estándares. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una evaluación acelerada de la decisión que tomamos respecto de cuándo terminar la cobertura de los 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 en un plazo de 72 horas después de que pida 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 de la organización de evaluación independiente es **entidad de evaluación independiente.** A menudo, se llama **IRE.**

Paso a paso: Proceso de apelación alterna de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **organización de evaluación independiente** evalúa la decisión que tomamos cuando rechazamos 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 10 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 dice *"no"* 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 9 de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 El proceso de apelación en el Nivel 3 y los siguientes

Sección 9.1 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 mediador legal acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado**. A diferencia de una apelación en 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. Podemos esperar la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.

- **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, tenemos que autorizar o brindar la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir 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 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos Parte D

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 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, 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 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.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas?

El proceso de quejas se usa *solamente* para determinados tipos de problemas. 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	• ¿Está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluido el cuidado de hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿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	• ¿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	• ¿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? ○ Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o al adquirir un medicamento con receta.
Limpieza	• ¿Está satisfecho con la limpieza o las condiciones de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que le proporcionamos	• ¿No le enviamos un aviso requerido? • ¿Es difícil comprender nuestra información por escrito?
Puntualidad (Todos estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no le respondemos con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • 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 cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle 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 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
• Una **queja** también se denomina **querella.** • **Presentar una queja** también se denomina **presentar una querella.** • **Usar el proceso de quejas** también se denomina **usar el proceso de querellas.** • Una **queja de respuesta rápida** también se denomina una **querella de expedición urgente.**

Sección 10.3 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: Quejas Formales y Apelaciones (Grievance and Appeals)
  PO Box 2807
  New York, NY 10116-2807

  o bien, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al siguiente número:
  1-877-344-7364 (TTY 711)

  El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.

  Si alguien presenta una querella en su nombre, esta 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.

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 le denegamos su solicitud de una decisión de cobertura acelerada o de una apelación acelerada, automáticamente la consideraremos una queja de respuesta rápida.** Si tiene una queja de respuesta rápida, significa 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 10.4 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 directamente 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 10.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede enviar una queja sobre EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus directamente a 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.

CAPÍTULO 10:

Cómo terminar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a cómo terminar su membresía en nuestro plan

Terminar su membresía en EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus puede ser **voluntario** (su decisión) o **involuntario** (no es su decisión):

- 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 nosotros nos vemos obligados a finalizar 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 Puede terminar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como **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 diferente.
    - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.

        - 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 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.

- **Su membresía en nuestro plan terminará** cuando comience la cobertura del plan nuevo el 1.° de enero.

Sección 2.2 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 2.3 En determinadas situaciones, puede terminar su membresía durante un período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus pueden ser elegibles 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).
- Si se inscribe en el Programa integral de atención para personas de edad avanzada (PACE).
- **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.

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 diferente.
- *u* 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.

Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de recibir su solicitud de cambio de plan.

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.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente**.
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2024***.
- Puede comunicarse 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.	• Inscríbase en el plan de salud nuevo de Medicare. • Su inscripción a EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus terminará automáticamente cuando comience la nueva cobertura de su plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.	• Inscríbase en el plan de medicamentos con receta nuevo de Medicare. • Su inscripción a EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus terminará automáticamente cuando comience la nueva cobertura de su plan.
• Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.	• **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 a EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus terminará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

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

Hasta que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar obteniendo sus servicios médicos, artículos 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 en el hospital 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 EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus debe terminar su membresía en el plan si sucede alguno de los siguientes:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda 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 no paga las primas del plan de salud durante 90 días.
  - Debemos notificarle por escrito que tiene 90 días para pagar la prima del plan antes de terminar su membresía.
- Si debe pagar el importe extra de la Parte D por sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

¿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 Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la 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-MEDICARE (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 (CFR), artículos 422.108 y 423.462, EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus, 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

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.

Período de inscripción anual: el período desde el 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

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 Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus, solamente tiene que pagar el importe de la participación en los costos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No autorizamos a los proveedores a que hagan una **facturación de saldo** ni a que le cobren de otro modo más que el importe de la participación en los costos que su plan dice que usted debe pagar.

Período de beneficios: La forma en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios del centro de enfermería especializada (SNF) y hospitales. Para las estancias en un centro de enfermería especializada, un período de beneficios comienza el día en que es internado como paciente en un SNF. El período de beneficios termina si usted no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (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. Para las estancias en el hospital de pacientes internados, un período de beneficios comienza cuando lo internan en el hospital y termina cuando le dan el alta del hospital. Si lo internan en el hospital 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 que está hecho de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros fármacos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, las versiones biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguras como los productos biológicos originales.

Biosimilar: un medicamento con receta que se considera muy similar, pero no es idéntico, al producto biológico original. Las versiones biosimilares generalmente funcionan igual de bien y son tan seguras como el producto biológico original; sin embargo, generalmente requieren una nueva receta para remplazar 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.

Etapa de cobertura contra catástrofes: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado **8,000** en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. 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 de atención crónica: los C-SNP son planes de necesidades especiales que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o discapacitantes, según se define en la Sección 422.2 del Título 42 del CFR, incluida la restricción de la inscripción basada en las múltiples agrupaciones de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en la Sección 422.4(a)(1)(iv) del Título 42 del CFR.

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, después de que usted paga los deducibles.

Queja: el término formal para presentar una queja es **presentar una querella**. 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: importe que tal vez deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital para pacientes ambulatorios 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. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). La participación en los costos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo importe de deducible que puede exigir un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) todo importe fijo de copago que un plan exige cuando usted recibe un servicio o medicamento específico; o (3) todo 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.

Nivel de participación en los costos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos pertenece a uno de seis niveles de participación en los costos. En general, cuanto mayor es el niel de participación en los costos, mayor será el costo que usted debe pagar por el medicamento.

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.

Tasa diaria de participación en los costos: puede aplicarse una tasa diaria de participación en los costos cuando el médico le recete un suministro para menos de un mes de determinados medicamentos y usted deba 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 tasa 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 por el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envasar 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.

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 que tenga un conocimiento promedio sobre salud y medicina cree que usted tiene 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, o la pérdida o el 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 o estatal 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. Generalmente, un medicamento genérico funciona del mismo modo que un medicamento de marca, y generalmente cuesta menos.

Reclamo: 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 profesional de enfermería calificado, 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. Incluso si permanece hospitalizado durante toda la noche, es posible que aún se lo considere 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.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa antes de que su total de gastos en medicamentos, incluidos los importes que pagó y lo que su plan pagó 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). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que prestan servicios de atención médica similares a largo plazo 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 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 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los importes que paga por las primas del plan, la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos con receta no se contemplan para el importe 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 médicamente aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por determinados libros de referencia.

Médicamente 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 HMO o PPO Medicare Advantage también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). 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 un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

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 de Medigap (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare ofrecido por empresas de seguros privadas para cubrir las *carencias* 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): persona que tiene Medicare, es elegible para obtener servicios cubiertos, se ha afiliado a nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

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 los médicos, otros profesionales del cuidado de salud, hospitales y otros centros del cuidado de salud que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para brindar servicios de cuidado de salud. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Beneficios suplementarios opcionales: son beneficios que no están cubiertos por Medicare y que pueden adquirirse por una prima adicional y no está incluidos en su paquete de beneficios. Debe elegir voluntariamente los beneficios suplementarios opcionales para acceder a estos.

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 organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con **cargo por servicio)**: Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado 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 participación en los costos anterior. El requisito de

participación en los costos de un miembro de pagar una parte de los medicamentos o servicios recibidos también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Plan PACE: plan del Programa de atención integral para personas de edad avanzada (PACE) que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas con salud debilitada, y las ayuda a mantener su independencia y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) durante todo el tiempo que 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 el 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.

Participación preferida en los costos: significa una participación menor en los costos para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

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. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. 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: portal o aplicación informática donde las personas inscritas pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre la lista de medicamentos y los beneficios. Esto incluye importes de participación en los costos, medicamentos de la lista de medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y 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.

Período de inscripción especial: período especificado durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o volver a Original Medicare. Las situaciones en que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta, si se muda a un hogar de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

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.

Participación en los costos estándar: es la participación en los costos opuesta a la participación en los costos preferida que se ofrece en una farmacia de la red.

Tratamiento escalonado: herramienta de uso que requiere que usted primero pruebe otro medicamento para el tratamiento de su afección 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 Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus

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**

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.*

55 Water Street, New York, New York 10041-8190 | emblemhealth.com

EmblemHealth

EmblemHealth VIP Gold o EmblemHealth VIP Gold Plus

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.