



Evidencia de cobertura

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

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

H5991_202451CY26_C





Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud y su cobertura de medicamentos de Medicare como miembro de EmblemHealth VIP Dual Reserve (HMO D-SNP)

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

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

- la prima de nuestro plan y la participación en los costos;
- nuestros beneficios médicos y de medicamentos;
- cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento;
- cómo comunicarse con nosotros;
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-344-7364. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, EmblemHealth VIP Dual Reserve, 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 Dual Reserve).

Este documento se encuentra disponible en español de forma gratuita.

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

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

Nuestra farmacopea, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pudiera afectarle con al menos 30 días de anticipación.

H5991_202451CY26_C

SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan	30
SECCIÓN 2	Use proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica y otros servicios.....	31
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios si tiene una emergencia, durante una catástrofe o en caso de necesidad urgente de atención médica	34
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	36
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	37
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención en una institución religiosa de cuidado de	

	la salud no médica	38
SECCIÓN 7	Reglas para la adquisición del equipo médico duradero	39
CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)		41
SECCIÓN 1	Comprensión de los servicios cubiertos	41
SECCIÓN 2	La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos	42
SECCIÓN 3	Servicios cubiertos fuera del plan EmblemHealth VIP Dual Reserve	80
SECCIÓN 4	Servicios que no están cubiertos por el plan.....	87
CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D.. 93		
SECCIÓN 1	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan	93
SECCIÓN 2	Llene sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.....	94
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la lista de medicamentos de nuestro plan	98
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones en la cobertura	99
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría.....	100
SECCIÓN 6	Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año	102
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	104
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta.....	105
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	105
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad del medicamento y el manejo de los medicamentos	106
CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos de la Parte D		109
SECCIÓN 1	Lo que usted paga por medicamentos de la Parte D	109
SECCIÓN 2	Su <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> explica en qué etapa de pago se encuentra	111
SECCIÓN 3	No existe deducible para EmblemHealth VIP Dual Reserve	112
SECCIÓN 4	La etapa de cobertura inicial.....	112
SECCIÓN 5	No existe interrupción de cobertura para EmblemHealth VIP Dual Reserve.	115
SECCIÓN 6	Etapas de cobertura contra catástrofes	115
SECCIÓN 7	Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D.....	115
CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por		

servicios médicos o medicamentos cubiertos	118
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que le paguemos nuestra parte de los servicios o medicamentos cubiertos	118
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió	120
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos si la aceptamos o la rechazamos	121
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades	122
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su sensibilidad intercultural	122
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	127
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	129
SECCIÓN 1 ¿Qué hacer si tiene un problema o una inquietud?	129
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	129
SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema	130
SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare	131
SECCIÓN 5 Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.....	131
SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	134
SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	140
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una internación hospitalaria más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto.....	149
SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que mantengamos la cobertura de determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto	153
SECCIÓN 10 El proceso de apelación en el Nivel 3, 4 y 5.....	156
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes	158
SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas con los beneficios de Medicaid	162
CAPÍTULO 10: Cómo terminar la membresía en nuestro plan	164
SECCIÓN 1 Cómo terminar su membresía en nuestro plan	164
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted terminar su membresía en nuestro plan?	164
SECCIÓN 3 Cómo terminar su membresía en nuestro plan	167
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	168
SECCIÓN 5 El plan EmblemHealth VIP Dual Reserve debe terminar su membresía en	

nuestro plan en ciertas situaciones	168
CAPÍTULO 11: Avisos legales	170
SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación aplicable	170
SECCIÓN 2 Aviso respecto de la no discriminación	170
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	170
CAPÍTULO 12: Definiciones.....	172

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de EmblemHealth VIP Dual Reserve

Sección 1.1 Usted está inscrito en EmblemHealth VIP Dual Reserve, que es un plan de Necesidades Especiales de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y de Medicaid.

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

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

EmblemHealth VIP Dual Reserve es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están destinados para personas con necesidades especiales de atención médica. EmblemHealth VIP Dual Reserve está diseñado para personas que tienen Medicare y tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 1.2 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

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

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en EmblemHealth VIP Dual Reserve entre el 1.º de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de EmblemHealth VIP Dual Reserve después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid) deben el plan EmblemHealth VIP Dual Reserve cada año. Usted puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare todos los años como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad para el plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare Parte A como de Medicare Parte B.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). No se considera a las personas encarceladas como residentes del área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o reside legalmente en el país.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

Nota: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere en un plazo de tres (3) meses, entonces sigue siendo elegible para la membresía. La Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y la participación en los costos durante un período de elegibilidad continua considerada.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 2.2 Medicaid

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

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

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

Sección 2.3 Área de servicio del plan para EmblemHealth VIP Dual Reserve

El plan EmblemHealth VIP Dual Reserve 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 nuestra área de servicio. A continuación se describe el área de servicio.

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

Bronx, Kings, Nueva York, Queens

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para ver si tenemos un plan en su área nueva. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial durante el que podrá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos o de salud de Medicare en su nueva ubicación.

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

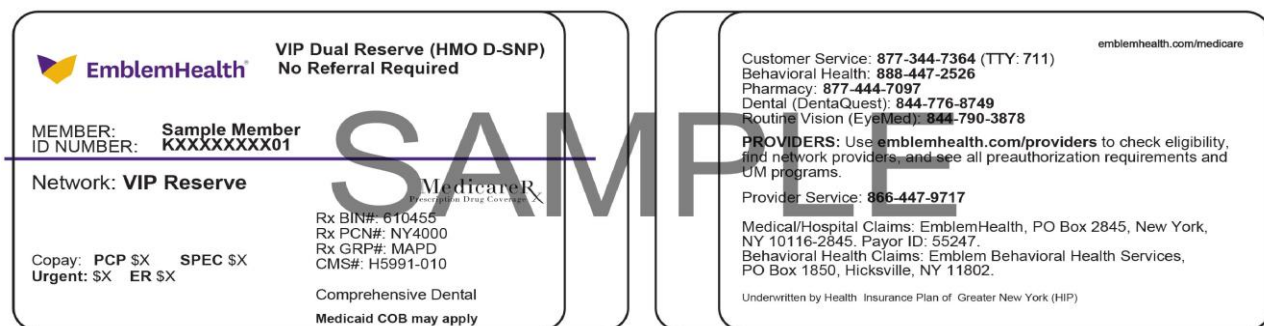
Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de los EE. UU.

Debe ser ciudadano de los EE. UU. o residir legalmente en el país para poder ser miembro de los planes de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a EmblemHealth VIP Dual Reserve si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. EmblemHealth VIP Dual Reserve debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía

Sección 3.1 La tarjeta de membresía de nuestro plan

Use la tarjeta de membresía cada vez que obtenga cualquier servicio cubierto por nuestro plan y para obtener los medicamentos con receta en las farmacias de la red. También deberá presentar al proveedor su tarjeta de Medicaid. Ejemplo de tarjeta de membresía:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro del plan EmblemHealth VIP Dual Reserve, 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 la tarjeta de membresía en nuestro plan está dañada o se le perdió o se la robaron, llame de inmediato al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y le enviaremos otra nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

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

Debe utilizar los proveedores de la red para recibir atención médica y servicios. Si usa 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 Dual Reserve autorice el uso de proveedores fuera de la red.

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

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (digital o impresa) al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los *Directorios de proveedores* impresos solicitados se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias*, emblemhealth.com/directories, enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son las farmacias que acordaron llenar medicamentos con receta a nuestros miembros del plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias fuera de la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, en emblemhealth.com/medicare.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (farmacopea)

Nuestro plan tiene una *lista de medicamentos cubiertos* (también llamada lista de medicamentos o farmacopea). Informa qué medicamentos con receta están cubiertos con el beneficio de la Parte D en EmblemHealth VIP Dual Reserve. Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su lista de medicamentos, a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la “Lista de medicamentos” EmblemHealth VIP Dual Reserve.

En la lista de medicamentos también se explica si hay reglas que limiten la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite emblemhealth.com/medicines o llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor que este importe. (Consulte la Sección 4.1 para obtener más información).	\$0.00
Importe de gasto máximo de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$9,250 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se compute para el importe de gasto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Visitas a consultorios de atención primaria	Copago de \$0 por visita

	2026 (el próximo año)
Visitas a consultorios de especialistas	Copago de \$0 por visita
Estancias hospitalarias de pacientes ingresados Incluye cuidados agudos de pacientes internados, rehabilitación de pacientes internados, hospitales de atención de largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios de pacientes internados. 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 como paciente ingresado.	Copago de \$0 por cada hospitalización cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1 para obtener detalles, incluidas las etapas de deducible anual, cobertura inicial y cobertura contra catástrofes).	Copago o coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red: Nivel 1 (todos los medicamentos de la farmacopea): Usted paga \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento genérico con receta. Usted paga \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento de marca con receta. Cobertura contra catástrofes: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener más información).	\$0

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)
- Importe del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 4.1 Prima del plan

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

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

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

Sección 4.3 Penalidad por inscripción tardía de la Parte D

Dado que tiene doble elegibilidad, la penalidad por inscripción tardía (LEP, siglas en inglés) no se aplica a usted mientras mantenga su condición de doble elegibilidad, pero si la pierde, puede incurrir en una LEP. La penalidad por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para recibir la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que no tuvo cobertura de la Parte D ni otra cobertura de medicamentos 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 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.

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

- Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de medicamentos con receta.
- Si pasó menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Si tuvo cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos [VA, siglas en inglés]). Su compañía de seguro o el Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Es posible que reciba esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Guarde esta información, ya que podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** En las cartas o avisos se debe indicar que usted tenía cobertura de medicamentos con receta acreditable, que se prevé que pague lo mismo que el plan de medicamentos estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las tarjetas de descuento de medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento de medicamentos no son cobertura de medicamentos con receta acreditable.

Medicare determina el importe de la penalidad por inscripción tardía en la Parte D. Funciona de la siguiente manera:

- Primero, se cuenta la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de que fue elegible para inscribirse. O bien, se cuenta la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura de medicamentos acreditable, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La penalidad es del 1 % por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si está 14 meses sin cobertura,

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

el porcentaje de la penalidad será del 14 %.

- Luego, Medicare determina el importe de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare a nivel nacional desde el año anterior (prima nacional base para beneficiarios). Para 2026, el importe de esta prima promedio es de \$38.99.
- Para calcular la penalidad mensual, multiplique el porcentaje de la penalidad por la prima nacional base para beneficiarios y redondee hasta los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo siguiente, sería 14 % multiplicado por \$38.99, lo que da \$5.458. Esto se redondea a \$5.50. Este importe se sumaría **a la prima mensual del plan de una persona que tiene una penalidad por inscripción tardía en la Parte D.**

Tres aspectos importantes que hay que saber acerca de la penalidad mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La penalidad puede cambiar cada año**, porque la prima nacional base para beneficiarios puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una penalidad** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, aunque cambie de plan.
- Si es *menor de 65 años* y está inscrito en Medicare, la penalidad por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la penalidad por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses que no haya tenido cobertura después del 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 la posibilidad de solicitar una evaluación de esa penalidad por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar la penalidad por inscripción tardía en 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 de nuestro plan.

Sección 4.4 Importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en los ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan Medicare, conocido como el 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 Servicio de Impuestos Internos (IRS, siglas en inglés) 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 que posiblemente deba pagar según sus ingresos, ingrese en www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta en la que le informará de cuánto será 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 nuestro 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 IRMAA adicional al Gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si no está de acuerdo con el pago de un IRMAA adicional, puede solicitarle al Seguro Social que evalúe la decisión. Para saber cómo hacer esto, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

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

Si está participando en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene) y recibirá una factura del plan de salud o de medicamentos por los medicamentos con receta (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

La Sección 7 del Capítulo 2 brinda más información sobre el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el importe facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual del plan

Sección 5.1 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

No tenemos permitido cambiar el importe de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la prima nueva entrará en vigencia el 1.º de enero.

Si se vuelve elegible para recibir Ayuda Adicional o pierde la elegibilidad para recibir dicho programa durante el año, la parte de la prima de nuestro plan que tiene que pagar puede cambiar. Si califica para Ayuda Adicional con los costos de la cobertura de medicamentos, el programa paga parte de la prima mensual del plan. Si pierde la elegibilidad para recibir Ayuda Adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual total del plan. Obtenga más información sobre Ayuda Adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

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

- Si actualmente paga la penalidad por inscripción tardía en la Parte D y comienza a ser elegible para Ayuda Adicional durante el año, podría dejar de pagar la penalidad.
- Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la penalidad por inscripción tardía de la Parte D si pasa 63 días seguidos o más sin cobertura de medicamentos de la Parte D u otra acreditable.

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

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía en nuestro plan

El 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, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son**

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

los importes de participación en los costos que le corresponden. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Si se produce alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios en su nombre, domicilio o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, la compensación para los trabajadores o Medicaid).
- Toda reclamación por responsabilidad legal, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si le ingresan 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 participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene obligación de informar a nuestro 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 al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinarla con sus beneficios en virtud de nuestro plan. A esto se le llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se detalla cualquier otra cobertura médica 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 si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Es posible que tenga que proporcionar el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otras compañías de seguro (una vez que confirme la identidad de estas), de manera que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud del grupo de empleadores), las reglas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el “pagador principal”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo (el “pagador secundario”) solo paga si existieran costos que la cobertura principal no cubre. Es posible que el pagador secundario no pague 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 su cobertura de plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un familiar, quién paga primero dependerá de la edad, de la cantidad de personas empleadas por su empleador y de si cuenta con Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, siglas en inglés):
 - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad y usted (o un miembro de su

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

familia) aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.

- Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que pasa a ser elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de EmblemHealth VIP Dual Reserve

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

Servicio de atención al cliente: información de contacto

Llame	1-877-344-7364 Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios de atención son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre El Servicio de Atención al Cliente, 1-877-344-7364 , también ofrece servicios gratuitos de intérprete 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. Los horarios de atención son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre
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	<u>emblemhealth.com/medicare</u>

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

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

Decisiones de cobertura para la atención médica: información de contacto

Llame	1-877-344-7364 Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios de atención son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre
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. Los horarios de atención son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre
Correo	EmblemHealth Medicare HMO ATTN: Utilization Management 55 Water Street New York, NY 10041
Sitio Web	<u>emblemhealth.com/medicare</u>

Decisiones de cobertura para medicamentos con receta Parte D: información de contacto

Llame	1-877-344-7364 (miembros) 1-866-799-7781 (profesionales autorizados para recetar) Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a sábados, del 1 de abril al 30 de septiembre.
TTY	711 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: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a sábados, del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	1-914-901-3741
Correo	EmblemHealth VIP Dual Reserve (HMO D-SNP) Attn: Clinical Review Department 2900 Ames Crossing Road, Suite 200 Eagan, MN 55121
Sitio Web	<u>emblemhealth.com/medicare</u>

Apelaciones para atención médica o medicamentos con receta Parte D: información de contacto

Llame	1-877-344-7364 Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios de atención son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre
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. Los horarios de atención son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre
Fax	1-866-854-2763 Para apelaciones de expedición urgente: 1-866-350-2168
Correo	EmblemHealth Medicare HMO Attn: Quejas formales y Apelaciones P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807
Sitio Web	<u>emblemhealth.com/medicare</u>

Cómo presentar 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 acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas acerca de la atención médica o los medicamentos con receta Parte D: información de contacto

Llame	1-877-344-7364 Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios de atención son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre
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. Los horarios de atención son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre
Fax	1-866-854-2763
Correo	EmblemHealth Medicare HMO Attn: Quejas formales y Apelaciones P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre EmblemHealth VIP Dual Reserve directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió 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 para obtener más información.

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

Solicitudes de pago: información de contacto

Correo	Atención médica EmblemHealth Claims Attn: Medicare Payment Requests P.O. Box 2845 New York, NY 10116-2845	Farmacia EmblemHealth VIP Dual Plan Reserve (HMO D-SNP) Pago de reclamaciones de medicamentos con receta Solicitudes P.O. Box 20970 Lehigh Valley, PA 18002-0970
Sitio Web	emblemhealth.com/medicare	emblemhealth.com/medicare

SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare

Medicare es el programa de 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 (CMS, siglas en inglés). Esta agencia celebra contratos con las organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare: información de contacto

Llame	1-800-MEDICARE (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.
Chatee en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone (en inglés).
Correo	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio Web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluidos los costos y los servicios que prestan. • Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, los hogares para adultos mayores, los hospitales, los médicos, las agencias de salud en el hogar, los centros de diálisis, los centros de hospicio, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar www.Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga respecto a EmblemHealth VIP Dual Reserve. Para presentar una queja ante Medicare , visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint . Medicare toma sus quejas muy en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP)

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP, siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En el estado de Nueva York, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (HIICAP, siglas en inglés).

El Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (HIICAP, siglas en inglés) 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 asesores del HIICAP pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas en relación con su tratamiento o atención médica, 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.

Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (HIICAP) (el SHIP de Nueva York): Información de contacto

Llame	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	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza, 5th floor Albany, Nueva York 12223-1251 Correo electrónico: NYSOFA@aging.ny.gov
Sitio Web	www.aging.ny.gov

SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad (QIO)

Una Organización de mejora de la calidad (QIO, siglas en inglés) designada presta servicios a personas con Medicare en cada estado. En el estado de Nueva York, la Organización de mejora de la calidad recibe el nombre de Commence Health.

Commence Health 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. Commence Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes relacionadas con la calidad de la atención incluyen obtener medicamentos incorrectos, someterse a pruebas o procedimientos innecesarios o recibir un diagnóstico erróneo.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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

Commence Health (Organización de mejora de la calidad del estado de Nueva York): información de contacto

Llame	1-866-815-5440 El horario de atención es de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes De 10:00 a.m. a 4:00 p.m., sábados, domingos y feriados. El servicio de correo de voz está disponible las 24 horas
TTY	711 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar.
Fax	1-855-236-2423
Correo	Programa BFCC-QIO de Commence Health 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio Web	www.livantaqio.cms.gov/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción a Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un importe adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social en la que 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 vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, llame al Seguro Social para avisar.

Seguro Social: información de contacto

Llame	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. Use los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas transacciones durante las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial, y está destinado solo a personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sitio Web	www.SSA.gov (en inglés)

SECCIÓN 6 Medicaid

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

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

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

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

Departamento de Salud del Estado de Nueva York (programa Medicaid de Nueva York): información de contacto

Llame	1-800-541-2831 De 9:00 am a 5:00 p.m., de lunes a viernes
TTY	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York)
Correo	Puede escribir a su Departamento Local de Servicios Sociales (Local Department of Social Services, LDSS). Encuentre la dirección de su LDSS en: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm
Sitio Web	www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss

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

Programa de defensa de atención de largo plazo del Estado de Nueva York: información de contacto

Llame	1-855-582-6769
TTY	711 (servicio de retransmisión del Estado de Nueva York)
Correo	New York State Long Term Ombudsman Program 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223
Sitio Web	https://ltcombudsman.ny.gov/

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

En el sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs [en inglés]) se incluye información sobre las formas de reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los siguientes

programas pueden ayudar a personas con ingresos limitados.

Ayuda Adicional de Medicare

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

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

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048;
- La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- Oficina de Medicaid de su estado al 1-800-541-2831.

Si cree que está pagando un importe incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener un comprobante del importe de copago correcto. Si ya tiene un comprobante del importe correcto, podemos ayudarle a que nos lo facilite.

Llame al Servicio de atención al cliente de nuestro plan, al número indicado en la contraportada de este manual, 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 2859
New York, NY 10117-7894

La documentación que acepta Medicare como evidencia incluye:

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

los sistemas de Medicaid estatal que demuestre su estado institucional en función de, al menos, un mes calendario completo para los pagos de Medicaid en un mes posterior a junio del año calendario anterior.

- Si recibe servicios basados en la comunidad y el hogar, una copia del plan de estos servicios aprobado por el estado (con su nombre y la fecha de entrada en vigor) que comience en un mes después de junio del año calendario anterior.
- Si recibe servicios basados en la comunidad y el hogar, una copia de una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para estos servicios (con su nombre y la fecha de entrada en vigor) que comience en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Si recibe servicios basados en la comunidad y el hogar, otra documentación proporcionada por el estado que demuestre el estado de elegibilidad para HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Si recibe servicios basados en la comunidad y el hogar, un documento emitido por el estado, como un aviso de pago, que confirme el pago por HCBS e incluya su nombre y las fechas de los HCBS.
- Cuando recibamos el comprobante en el que se indique el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el importe de copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si paga más del importe de su copago, le devolveremos el dinero, ya sea mediante un cheque o un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no le cobró el copago y usted le quedó debiendo, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podríamos hacer el pago directamente al estado. Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) si tiene preguntas.

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

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar medicamentos con receta, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP, siglas en inglés), el programa Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

Programa de cobertura de seguro farmacéutico para personas de edad avanzada (EPIC) (Programa de asistencia farmacéutica del estado de Nueva York)

EPIC

P.O. Box 15018

Albany, NY 12212-5018

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

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el VIH (ADAP, siglas en inglés) ayuda a las personas con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH que les pueden salvar la vida. Los medicamentos de Medicare Parte D que también están incluidos en la farmacopea del ADAP califican para la asistencia con la participación en los costos de los medicamentos con receta mediante el Programa de atención para personas con VIH sin seguro de Nueva York.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir determinados criterios, lo que incluye prueba de residencia en el estado y estatus con respecto al VIH, bajos ingresos (según lo defina el estado) y estatus de persona sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique al encargado de las inscripciones del ADAP de su localidad para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad,

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de atención para personas con VIH sin seguro 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 viven en el estado de Nueva York). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-518-459-0121 o visitar www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta según sus necesidades económicas, su edad, su afección médica o sus 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, siglas en inglés).

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que se combina con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar los costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) podrá usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus** gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si está participando en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de los Programas SPAP y ADAP, para quienes califican, tienen más ventajas que la participación en el Plan de pagos de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o visite www.Medicare.gov (en inglés).

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto

Llame	1-833-746-5914 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Servicio de Atención al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérprete para personas que no hablan inglés.
TTY	711 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. Nuestro horario es las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Correo	<u>Falta de pago</u> Capital Rx Attn: M3P Elections 9450 SW Gemini Dr., Suite 87234 Beaverton, Oregon 97008-7105 <u>Caja de seguridad para pagos</u> Capital Rx Inc. P.O. Box 24945 New York, NY 10087-4945
Sitio Web	enrollment.cap-rx.com/?client=emblemhealthmppp

SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

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 cobertura de Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, 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.

Junta de Retiro Ferroviario (RRB): información de contacto

Llame	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener 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	https://RRB.gov (en inglés)

SECCIÓN 9 Si 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, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar por su período de inscripción, primas o beneficios de salud de jubilado o 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). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

SECCIÓN 10 Obtenga ayuda de EmblemHealth VIP Dual Reserve

PUEDE OBTENER ASISTENCIA DE CENTAURI

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

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

Puede comunicarse con Centauri a los números a continuación:

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

CAPÍTULO 3:

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

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

En este capítulo se explica lo que debe saber para usar nuestro plan a fin de recibir cobertura por su atención médica y otros servicios. Para obtener más información sobre qué atención médica y otros servicios cubre nuestro plan, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales de la 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 la salud.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago completo. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Es posible que los proveedores de nuestra red nos facturen directamente la atención que le proporcionan. Cuando visita a un proveedor de la red, usted no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se indican en la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se describen en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir la atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan

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

EmblemHealth VIP Dual Reserve generalmente cubrirá su atención médica, en la medida que:

- **La atención que reciba esté incluida en la tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.

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

- **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 la práctica médica.
- **Reciba la atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). 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. Eso significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que recibe. A continuación, le presentamos 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber qué es la atención de emergencia o cuáles son los servicios de urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que usted paga normalmente dentro de la red. Necesitaremos evaluar una solicitud para la atención antes de que usted la reciba. Este es un proceso llamado autorización previa. En esta situación, cubriremos esos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.3.
 - Nuestro 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 de nuestro plan o cuando su proveedor de este servicio no se encuentra disponible o no está accesible temporalmente. La participación en los costos que usted paga a nuestro plan por los servicios de diálisis nunca puede superar la participación en los costos de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe servicios de diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su participación en los costos no puede superar la participación en los costos 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 de nuestro plan mientras se encuentra dentro del área de servicio, la participación en los costos de los servicios de diálisis puede ser mayor.

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

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

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

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

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

¿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 elegir un PCP

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

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

Cómo cambiar de PCP

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

También puede comunicarse con Servicio de Atención al Cliente y le ayudaremos a realizar el cambio.

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

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. Por ejemplo:

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

Cuando 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 la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos si su proveedor abandonará nuestro plan, de modo que tenga tiempo para elegir uno nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si lo ha visitado en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le ha asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de uno de ellos o si los ha visitado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar la atención.

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

- Si está recibiendo terapias o tratamiento médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúe recibiendo las terapias o el tratamiento médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, haremos los arreglos para que reciba los beneficios cubiertos necesarios por motivos médicos fuera de nuestra red de proveedores, con la participación en los costos dentro de la red. Solo pagaremos su atención fuera de la red si recibió autorización previa.
- Si se entera de que su médico o su especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir 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 a nuestro plan o ambas opciones (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.3 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

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

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

Es la responsabilidad de su proveedor participante preguntar sobre la obtención de una autorización de EmblemHealth VIP Dual Reserve. 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 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/directories. 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 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a sábados, del 1.º de abril al 30 de septiembre.

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

Sección 3.1 Obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está cursando un embarazo, que pierda un bebé en gestación), que pierda una extremidad o la función de una extremidad, o que pierda o sufra el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

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

Si tiene una emergencia médica:

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

Servicios cubiertos en 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 se estabiliza su afección y cuándo la emergencia médica termina.

Una vez finalizada 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 afección 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 (si piensa 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 la atención médica.

Sin embargo, después de que el médico indique que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional *solo* si usted la recibe de una de las siguientes 2 maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir la atención médica adicional.
- La atención médica adicional que usted recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las reglas a continuación para recibir esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Obtener atención cuando tenga una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted

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

se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan, o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

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

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

Sección 3.3 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 nuestro plan.

Ingresa en el siguiente sitio web:

[**emblemhealth.com/plans/medicare-advantage/medicare-disaster-policy**](https://emblemhealth.com/plans/medicare-advantage/medicare-disaster-policy) para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede consultar a un proveedor de la red durante una catástrofe, nuestro plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red de acuerdo con la participación en los costos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, podría surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.

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

Si ha pagado más que la participación en los costos de nuestro plan por sus servicios cubiertos, o si recibe una factura por servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

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

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

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de todos los servicios que obtenga una vez que agote su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que alcanza un límite de beneficios, el costo que paga no se considera parte de su gasto máximo de bolsillo (MOOP, siglas en inglés).

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también 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. 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 (aquella que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos 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 la participación en los costos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más (por ejemplo, si ya pagó el monto de participación en los costos de Original Medicare), le reembolsaremos la diferencia entre el importe que pagó y el importe de la participación en los costos dentro de la red. Deberá proporcionar documentación en la que se indique cuánto pagó.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos informe ni que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de nuestro plan (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que exigen un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [NCD-CED, siglas en inglés] y estudios de exención de dispositivos en investigación [IDE, siglas en inglés]. Estos beneficios también 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, le recomendamos que nos comunique con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se 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 el resto. Al igual que con todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos

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

que reciba en el estudio de investigación clínica.

Cuando usted participa en 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 usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las exploraciones por tomografía computada (CT, siglas en inglés) mensuales que se realicen como parte de un estudio si su afección médica generalmente requeriría una sola CT.
- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación sin cargo para quienes participan en el ensayo.

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

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

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

Sección 6.1 Institución religiosa de cuidado de salud no médica

Una institución religiosa de atención 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. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de los miembros, les brindaremos la cobertura de atención en una institución religiosa de cuidado de salud no médica. Este beneficio se proporciona solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de cuidado de salud no médicos).

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

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

- Se entiende por tratamiento o atención médica **no exceptuado** cualquier tratamiento o atención médica que sean *voluntarios* y *no exigidos* por la ley local, estatal o federal.
- Se entiende por tratamiento médico **exceptuado** a cualquier atención o tratamiento médicos que *no* sean voluntarios o que *sean exigidos* por la ley local, estatal o federal.

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

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre 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 atención durante una hospitalización o atención en centro de enfermería especializada
 - – Y – tiene que obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que le hospitalicen en el centro; de lo contrario, la hospitalización no tendrá cobertura.

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

SECCIÓN 7 Reglas para la adquisición del equipo médico duradero

Sección 7.1 Algunos componentes del equipo médico duradero no serán de su propiedad después de realizar una cantidad determinada de pagos conforme a nuestro plan

El equipo médico duradero (DME, siglas en inglés) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de rueda, andadores, sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que solicite un proveedor para que los miembros usen en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis. Hay otros tipos de DME que deben alquilarse.

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. **Como miembro de EmblemHealth VIP Dual Reserve, usted no obtendrá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras es miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero conforme a Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras participó en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para poder adquirirlo. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no se contemplan en estos 13 pagos.

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. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba 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. Los pagos que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se tienen en cuenta.

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

SECCIÓN 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, EmblemHealth VIP Dual Reserve cubrirá lo siguiente:

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

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

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

Original Medicare exige que un proveedor de equipos de oxígeno le brinde servicios durante 5 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 5 años, puede optar por seguir recibiendo servicios de la misma empresa o por cambiar de empresa. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si no cambia de empresa, y tendrá que volver a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1 Comprensión de los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos como miembro de EmblemHealth VIP Dual Reserve. En esta sección también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican las limitaciones de ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

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

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

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

Los planes Medicare Advantage tienen un límite en el importe que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B. Este límite se denomina gasto máximo de bolsillo (MOOP, siglas en inglés) por los servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el importe de gasto máximo de bolsillo es de \$9,250.**

Los importes que usted paga u otros pagan por usted (como el programa NY Medicaid) por deducibles, copagos y coseguro por los servicios cubiertos computan para este importe de gasto máximo de bolsillo. Los importes que usted paga o los que otros pagan en su nombre (programa Medicaid del estado de Nueva York) por la prima del plan y los medicamentos de la Parte D no cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo. Además, los importes que paga por algunos servicios no se contemplan para el gasto máximo de bolsillo. Estos servicios se marcan con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si usted alcanza el importe del gasto máximo de bolsillo de **\$9,250**, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, usted debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid u otro tercero paguen por usted la prima de la Parte B).

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

La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las siguientes páginas indica los servicios que cubre EmblemHealth VIP Dual Reserve (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en la tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse conforme a las pautas de cobertura de Medicare.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, 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.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual es posible que el nuevo plan MA no requiera autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención 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 nuestro plan o un proveedor de la red le haya otorgado un referido. Eso significa que usted le paga al proveedor la totalidad de los servicios que recibe fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda atención y la supervisa.
- Algunos servicios de los enumerados en la tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, nuestra aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otras cuestiones importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura de Medicare. Medicare cubre el cuidado de la salud y los medicamentos con receta. Medicaid cubre su participación en los costos para los servicios de Medicare. Medicaid además cubre servicios que Medicare no cubre, como el transporte que no es de emergencia, la atención de largo plazo, los medicamentos de venta libre, los servicios basados en el hogar y la comunidad y otros servicios que solo están cubiertos por Medicaid.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Para conocer más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2026*. Consúltelo en línea, en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de los servicios preventivos cubiertos sin costo en Original Medicare, también cubrimos dichos servicios sin costo para usted. **Sin embargo, si también recibe tratamiento o seguimiento por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención que recibió debido a la afección médica existente.**
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2026, Medicare o

nuestro plan cubrirán esos servicios.

- Si usted se encuentra dentro del período de tres meses de nuestro plan durante el que se presume la continuidad de la elegibilidad, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, usted será responsable de pagar las primas de Medicare o la participación en los costos por los cuales el estado sería de otra manera responsable si usted no hubiese perdido su elegibilidad para Medicaid. El importe que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

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

 Esta manzana indica los servicios preventivos en la tabla de beneficios médicos.

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

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

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

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

Antes de pagar por un servicio, recuerde consultar con Medicaid para ver si el servicio está cubierto por Medicaid.

Tabla de beneficios médicos de EmblemHealth VIP Dual Reserve

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un único ultrasonido de detección para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y recibió un referido del médico, asistente del médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles por este examen preventivo.
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA DESPUÉS DE 12 VISITAS PARA SERVICIOS CUBIERTOS POR MEDICARE (continúa en la siguiente página)	Copago de \$0 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación) A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera: • dura 12 semanas o más; • es no específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una cirugía; y • no está relacionado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los 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. 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 de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM, siglas en inglés); • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. 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). SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA DESPUÉS DE 12 VISITAS PARA SERVICIOS CUBIERTOS POR MEDICARE * Los servicios no computan para su importe de gasto máximo de bolsillo.	Copago de \$0 por hasta 20 visitas de acupuntura suplementarias cubiertas por año calendario (sin incluir acupuntura para el dolor lumbar crónico).*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre, servicios aéreos de ala rotatoria o fija, hacia el centro adecuado más cercano que pueda brindar atención, siempre que se proporcionen a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud o si están autorizados por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. *Ambulancia terrestre en todo el mundo. (La ambulancia aérea no está cubierta). Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y atención médica urgente en todo el mundo. *Los servicios no computan 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 \$0 por cada viaje de ida o vuelta en ambulancia aérea cubierto por Medicare. Copago de \$0 por cada viaje de ida en ambulancia aérea cubierto por Medicare. Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y atención médica urgente en todo el mundo.
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. Sus participaciones en los costos por las pruebas se describen en esta Tabla de beneficios médicos. UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) DEBE PROPORCIONAR EL EXAMEN	Copago de \$0 por el examen físico anual cubierto.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 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.
 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.
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de detección temprana entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Exámenes clínicos de mamas cada 24 meses.	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. Nuestro plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, generalmente, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca estándar. 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.	Copago de \$0 por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca individual a través de telesalud cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 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.
 Pruebas de detección 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 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 Papanicolaou 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 obtenido resultados anormales en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años y está en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de atención quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación.	Copago de \$0 por servicios de atención quiropráctica cubiertos por Medicare.
Servicios de tratamiento y control del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, control de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	La participación en los costos de este servicio variará según los servicios individuales prestados en el transcurso del tratamiento.
 Examen de detección de cáncer colorrectal Se cubren 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 que presentan riesgo alto después de una colonoscopia de detección previa. (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 retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico, y usted no paga coseguro, copago ni deducible.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) • La colonografía por tomografía computada para pacientes de 45 años o más que no presentan un riesgo alto de cáncer colorrectal está cubierta siempre que hayan transcurrido al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computada de detección o 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes que presentan un riesgo alto de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computada de detección después de que hayan transcurrido al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presentan un riesgo alto después de que el paciente se realizara una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes que presentan un riesgo alto desde la última sigmoidoscopia flexible o tomografía computada. • Prueba de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes entre 45 y 85 años y que no cumplen con 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. • 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 dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección planificada que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, o como resultado de esta, y durante el mismo encuentro clínico que esta.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de la persona. Entre los ejemplos, se incluye 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 la mandíbula o exámenes orales antes de un trasplante de órgano. Además, cubrimos los siguientes servicios cuando son médicamente necesarios y en función de las limitaciones de beneficios y los criterios clínicos. Para obtener más información, ingrese en www.emblemhealth.com/plans/medicare-advantage/medicare-dental-coverage. Servicios dentales preventivos y de diagnóstico • Exámenes orales: 1 cada 6 meses • Limpiezas: 1 cada 6 meses • Tratamiento con fluoruro: 1 cada 6 meses • Radiografías dentales: 1 cada 6 meses • Radiografía dentales (serie completa): 1 cada 36 meses • Otros servicios preventivos: 1 cada 6 meses • Otros servicios diagnósticos: ilimitados Servicios dentales integrales • Reconstituyente ○ Empastes: 1 cada 24 meses ○ Incrustación/recubrimiento y restauración de una sola corona: 1 cada 60 meses • Endodoncia: 1 por diente de por vida • Periodoncia ○ Raspado y alisado radicular: 1 cada 36 meses por cuadrante ○ Gingivectomía, gingivoplastia, procedimientos de colgajo gingival: 1 cada 36 meses por cuadrante Cirugía ósea: 1 vez cada 60 meses por cuadrante • Prostodoncia extraíble: ○ Reparación de dentaduras postizas: 1 por arco cada 12 meses ○ Ajuste de dentaduras postizas: 2 cada 12 meses ○ Rebase o recubrimiento de dentaduras postizas: 1 cada 36 meses SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS (continúa en la siguiente página)	Copago de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicare.* Copago de \$0 por servicios dentales preventivos y de diagnóstico cubiertos.* Copago de \$0 por servicios dentales integrales cubiertos.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales (continuación) ○ Dentaduras postizas completas/parciales: 1 por arco cada 60 meses • Prótesis maxilofaciales: 1 cada 60 meses** • Servicios de implantes: 1 cada 60 meses** • Prostodoncia fija: 1 cada 60 meses • Cirugía bucal y maxilofacial ○ Extracciones no óseas, alveoloplastia con extracciones: 1 de por vida ○ Extracciones óseas, vestibuloplastia: 1 de por vida ○ Escisiones quirúrgicas, incisiones quirúrgicas: sin límite • Ortodoncia: cubierta para miembros menores de 21 años; 1 de por vida** • Servicios generales complementarios: sin límite SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS *Los servicios no computan para su importe de gasto máximo de bolsillo. **Beneficios de Medicaid solamente	
 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 derivaciones.	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 estos 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. Puede ser elegible para hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas con diabetes (insulinodependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en la sangre: monitores de glucosa en la sangre, tiras de prueba, lancetas y aparatos de lancetas, y soluciones de control de glucosa para cotejar la precisión de las tiras de prueba y los monitores. • Se aplican límites de cantidad a las lancetas y tiras reactivas (204 tiras reactivas y lancetas cada 30 días tanto para insulinodependientes o no). • Los suministros para pruebas de diabetes (medidores, tiras reactivas y lancetas) obtenidos a través de la farmacia se limitan a productos de la marca Ascensia (Countour) y productos de la marca Abbott (Freestyle). Se requerirá aprobación previa para todos los demás suministros de pruebas para diabéticos. 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 tienen enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (incluidas las plantillas que vienen con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas (excluidas las plantillas removibles estándar que vienen con 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.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para conocer la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas hospitalarias que solicite un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubriremos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área 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	Copago de \$0 por equipo médico duradero y suministros relacionados cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por equipo de oxígeno cubierto por Medicare. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Los productos de monitoreo continuo de glucosa (CGM) obtenidos a través de la farmacia están sujetos a autorización previa y límites de cantidad.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que son: • Proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de 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 está embarazada, la pérdida de un bebé en gestación), la pérdida de una extremidad o de su función. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. La participación en los costos para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es la misma que para los servicios que recibe 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.	Copago de \$0 para cada visita por atención de emergencia cubierta por Medicare. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se estabilice su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta o debe recibir la atención de internación en el hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan, y su costo será la participación en los costos que pagaría en un hospital de la red. Copago de \$0 para cada visita de atención de emergencia cubierta a nivel mundial.* Límite anual de \$50,000 combinado con atención de urgencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.
 Programas de educación sobre salud y bienestar Educación para la salud: se ofrece capacitación a fin de mejorar los resultados para aquellos miembros con diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), enfermedad arterial coronaria (EAC), asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como también depresión e hipertensión arterial como afecciones concomitantes. Dicho servicio se ofrece a grupos específicos de inscritos, según las condiciones específicas de su enfermedad. Incluye la interacción con un educador certificado sobre temas de salud u otro profesional de atención médica calificado. Se proporciona instrucción personalizada o asesoría telefónica. (continúa en la siguiente página)	Copago de \$0 por educación para la salud.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación) Beneficio de acondicionamiento físico - SilverSneakers® SilverSneakers puede ayudarle 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 las ubicaciones participantes,¹ donde puede tomar clases² y usar los equipos de ejercicio y las otras comodidades, sin costo adicional para usted. Inscríbase en todas las ubicaciones que desee, en cualquier momento. También tiene acceso a instructores que imparten clases de ejercicios grupales especialmente diseñadas en línea, los siete días de la semana con SilverSneakers LIVE. Además, SilverSneakers Community le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales y poder hacerlo en centros recreativos, parques y otras ubicaciones del vecindario. SilverSneakers también le permite conectarse con una red de asistencia y recursos en línea a través de las clases de los videos de SilverSneakers On-Demand y la aplicación móvil SilverSneakers GO. También obtiene acceso a Burnalong® con una comunidad virtual de apoyo, miles de clases para todos los intereses y habilidades. Active su cuenta en línea gratuita en SilverSneakers.com para ver su número de identificación de miembro de SilverSneakers y explorar todo lo que SilverSneakers tiene para ofrecer. Si tiene preguntas adicionales, visite SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., horario del Este. 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 condiciones de la membresía básica de las PL. Los centros y las prestaciones varían según la PL. No se garantiza la inclusión de PL específicas y la participación de las PL puede diferir según el plan de salud. 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. Burnalong es una marca registrada de Burnalong, Inc. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. * Los servicios no computan para su importe de gasto máximo de bolsillo.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio que realiza su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado del paciente ambulatorio si las recibe de 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 ajuste de audífonos: una cada año calendario • Audífonos: limitado a dos dispositivos cada 3 años, ambos oídos combinados* * Los servicios no computan para su importe de gasto máximo de bolsillo.	Copago de \$0 por evaluación de diagnóstico de audición cubierta por Medicare. Copago de \$0 por un examen auditivo de rutina cubierto cada año calendario. 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.*
 Examen de detección de VIH Para las personas que soliciten una prueba de detección de VIH o tengan un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 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.
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 una agencia de salud en el hogar sea quien proporcione dichos servicios. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su casa supone un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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 cada visita cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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, los siguientes: • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro 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. Copago de \$0 por medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por equipo médico duradero y suministros relacionados cubiertos por Medicare.
Atención de hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio si su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que padece una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos intereses financieros. 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 le ingresan en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si lo hace, debe continuar pagando las primas del plan. (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 diagnóstico terminal tienen la cobertura de Original Medicare, no de EmblemHealth VIP Dual Reserve. Copago de \$0 por servicios de consulta de hospicio por única vez.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de hospicio (continuación) Para los servicios de hospicio y los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y relacionados con su diagnóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y 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 la participación en los costos de Original Medicare. Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia y que 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, pagará solamente 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 Original Medicare Para servicios cubiertos por <u>VIP Dual Reserve</u>, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: EmblemHealth VIP Dual Reserve seguirá cubriendo los servicios que cubre el plan que no tengan cobertura en virtud de la Parte A o Parte B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el importe de participación en los costos de nuestro plan por estos servicios. Para los medicamentos que podrían tener cobertura por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de hospicio, usted paga la participación en los costos. Si están relacionados con su afección terminal de hospicio, usted paga la 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 la Sección 9.4 del Capítulo 5. Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio (atención no relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese 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.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Vacunas Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen: • Vacunación contra la pulmonía • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza de otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si son necesarias según el criterio médico • Vacunas contra la hepatitis B, si existe un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas, si cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B y si su salud está en riesgo También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, gripe/influenza y la hepatitis B y el COVID-19.
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 como paciente ingresado. Cubrimos 90 días por cada período de beneficios y 60 días de reserva adicionales de por vida. Una vez que haya agotado sus días de reserva de por vida, su cobertura de atención hospitalaria para pacientes ingresados se limitará a 90 días. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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) • 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. SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (continúa en la siguiente página)	Copago de \$0 por cada período de beneficios cubierto por Medicare. Un período de beneficios comienza el día en que lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido atención hospitalaria para pacientes ingresados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si vuelve a ingresar en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finalice un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes ingresados (continuación) - 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 de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red se encuentran fuera del lugar habitual de atención en su comunidad, usted puede elegir recibir servicios locales siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si el plan EmblemHealth VIP Dual Reserve brinda servicios de trasplante en una ubicación fuera del modelo de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige realizar el trasplante en esa ubicación más alejada, gestionaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. - Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Debe pagar los costos por las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario, o bien, usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás componentes de la sangre tienen cobertura a partir de la primera pinta. - Servicios de los 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 le considere un paciente ambulatorio. Si tiene dudas sobre si usted es un paciente ambulatorio o internado, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare denominada <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 TTY: 711. SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA	Si recibe atención autorizada como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que se establezca su afección de emergencia, su costo será la participación en los costos que pagaría en un hospital de la red. El costo compartido de observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios, en esta tabla de beneficios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 por cada período de beneficios cubierto por Medicare. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados durante 60 días consecutivos. Si lo vuelven a internar después de que finalizó un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener cuando recibe cuidado de la salud mental en un hospital general. También puede tener múltiples períodos de beneficios cuando recibe atención en un hospital psiquiátrico. Hay un límite de por vida de 190 días.
Estadía como paciente ingresado: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) durante una hospitalización sin cobertura Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la estadía como paciente internado no resulta razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras se encuentra en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF, siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: - Servicios de los 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. (continúa en la siguiente página)	Copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare por parte de un proveedor 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 realizados en cualquier ubicación.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Estadía como paciente ingresado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía como paciente ingresado sin cobertura (continuación) - Aparatos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan en forma total o parcial un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo), o la función total o parcial de un órgano corporal interno con disfunción permanente, lo que incluye también el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos - Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; soportes para hernia; extremidades y ojos artificiales; lo que incluye también los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente - Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS	Copago de \$0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por radiografías cubiertas por Medicare. Copago de \$0 por servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por prótesis, ortesis, 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.
 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, siglas en inglés) están cubiertos para las personas que participan 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.
Medicamentos de Medicare Parte B La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura para esos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que, por lo general, el paciente no se autoadministra y se inyectan o infunden mientras la persona recibe servicios médicos u hospitalarios como paciente ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina necesaria por motivos médicos). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de coagulación que se autoadministran por vía inyectable si el paciente tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó el trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de Medicare Parte D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS MEDICAMENTOS (continúa en la siguiente página)	Copago de \$0 por medicamentos con receta de la Parte B cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos con receta de Medicare Parte B (continuación) • 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. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (quién podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hará. • Medicamentos orales antieméticos: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, a las 48 horas de la quimioterapia o dentro de estas, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso antiemético. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por Medicare Parte B. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto contra la heparina si es médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (como Procrit® y Retacrit®). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS MEDICAMENTOS (continúa en la siguiente página)	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos con receta de Medicare Parte B (continuación) Este enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: emblemhealth.com/medicines También cubrimos algunas vacunas en virtud de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. En el Capítulo 5 se explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las normas que debe cumplir para que se cubran los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS MEDICAMENTOS	
 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.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD, siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el trastorno a través de un Programa de tratamiento para opioides (OTP, siglas en inglés) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos 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 admisión • Evaluaciones periódicas	Copago de \$0 por visitas del programa de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios, servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para prevenir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar los costos por las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario, o bien, usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computadas, resonancias magnéticas, ECG y tomografías por emisión de positrones (PET, siglas en inglés), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicite para tratar un problema médico. 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. SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA (continúa en la siguiente página)	Copago de \$0 por cada radiografía cubierta por Medicare. Copago de \$0 para cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare. Copago de \$0 para los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por suministros para cirugía, férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare realizados en cualquier centro. Copago de \$0 por los servicios de sangre cubiertos por Medicare. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos solo comienza con la cuarta unidad de sangre que obtiene en un año calendario.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios, servicios y suministros terapéuticos (continuación) 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 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 hospitalarios para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y que se los consideren 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 admitirle como paciente ingresado en el hospital, se le considerará 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 le considere un paciente ambulatorio. Si tiene dudas sobre su condición de paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare <i>Beneficio hospitalario de Medicare</i>. Esta hoja de datos está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 TTY: 711.	Copago de \$0 por cada análisis de diagnóstico cubierto por Medicare completado en cualquier centro. Copago de \$0 por cada visita al hospital como paciente ambulatorio cubierta por Medicare.
	Copago de \$0 por atención de observación cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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, los siguientes: • 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). • 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)	Copago de \$0 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden por escrito para admitirle como paciente ingresado en el hospital, se le considerará 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 le considere un paciente ambulatorio. Si tiene dudas sobre su condición de paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital. SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS	
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, consejera profesional autorizada (LPC, siglas en inglés), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT, siglas en inglés), personal de enfermería practicante (NP), asistente médico (PA) 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.	Copago de \$0 por servicios de cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por cada visita de cuidado de la salud mental individual cubierta por Medicare a través 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).	Copago de \$0 por servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.
Servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Servicios de abuso de sustancias proporcionados por un médico o psiquiatra con matrícula estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un enfermero practicante, un asistente médico u otro profesional de atención médica calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales vigentes . 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.	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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 en un centro hospitalario, debe preguntarle a su proveedor si a usted se le considerará un paciente ambulatorio o internado. A menos que el proveedor emita una orden por escrito para admitirle como paciente internado en el hospital, se le considerará 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 le considere un paciente ambulatorio. SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SERVICIOS	Copago de \$0 por cada visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Copago de \$0 por cada visita al centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.
Medicamentos de venta libre (OTC) y artículos relacionados con la salud Como miembro de EmblemHealth VIP Dual Reserve, usted recibe una asignación máxima mensual para la compra de medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados por el plan de proveedores participantes (ubicaciones de venta minorista y pedidos por correo) para su uso personal. La lista de artículos aprobados está disponible en nuestro sitio web. Si no gasta su asignación en un mes, el saldo no se traspasará al mes siguiente. Puede utilizar la tarjeta de OTC para medicamentos de venta libre (OTC) en las farmacias y tiendas participantes. Algunos de los medicamentos y artículos de salud que puede comprar con la tarjeta son: antiácidos, analgésicos, remedios para la gripe y la tos, suministros de primeros auxilios, suministros para incontinencia, medias de compresión, humidificadores, etc. Antes de comprar algunos artículos de “doble propósito”, como vitaminas, minerales, suplementos, reemplazos hormonales, artículos para perder peso y herramientas de diagnóstico (p. ej., monitores de presión arterial), tiene que hablar con su proveedor para asegurarse de que usted necesita estos artículos. La tarjeta para medicamentos de venta libre (OTC) no es una tarjeta de débito ni de crédito, y no se puede convertir en efectivo; tampoco se puede utilizar para comprar medicamentos con receta cubiertos por la Parte B o la Parte D. Este es un beneficio suplementario cubierto. (continúa en la siguiente página)	Su asignación es de \$80 por mes.* Este importe no se transfiere de mes a mes y vencerá al final de cada mes.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de venta libre (OTC) y artículos relacionados con la salud (continuación) Además de usar su tarjeta OTC en tiendas minoristas participantes, usted puede: Visite mybenefitscenter.com para encontrar farmacias y tiendas minoristas participantes, revisar su saldo e investigar artículos cubiertos. Llamar a ConveyBenefits al 855-858-5940 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 11:00 p.m. o visitar conveybenefits.com/emblemhealth para sus pedidos por correo entregados gratis a su hogar. * Los servicios no computan para su importe de gasto máximo de bolsillo.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos ambulatorios La <i>hospitalización parcial</i> 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 que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT, siglas en inglés) o consejero profesional autorizado, y que es una alternativa para la estadía a la hospitalización El <i>servicio intensivo ambulatorio</i> es un programa estructurado de terapia de salud conductual (mental) activa que se proporciona en un departamento ambulatorio hospitalario, un centro de la salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intensivo que la hospitalización parcial. SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL DE EMBLEM (1-888-447-2526)	Copago por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por servicios intensivos ambulatorios cubiertos por Medicare.
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. (continúa en la siguiente página)	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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por un especialista, si su médico lo solicita para determinar si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidas las visitas al médico de atención primaria (PCP) y las visitas al especialista. ○ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita presencial o por medio de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Su proveedor debe usar un sistema de telecomunicaciones de audio y video interactivo que le permita obtener comunicación en tiempo real entre usted y su proveedor. Su proveedor puede pedirle que se registre y use su portal seguro para pacientes para obtener los servicios cubiertos de telesalud. • 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. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciben diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal basado en un hospital o de acceso crítico basado en un hospital, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación o tratamiento de síntomas de un derrame, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental en las siguientes circunstancias: ○ 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 si: ○ No es un paciente nuevo y ○ la revisión no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y (continúa en la siguiente página)	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de médicos/proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) ○ 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 si: ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más prontamente disponible. • La consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.	
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, callos plantares y corte de uñas. Se limita a cuatro visitas por año.	Copago de \$0 por 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).
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro proveedor de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP, siglas en inglés) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos orales o inyectables para PrEP aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por la inyección del medicamento. • Hasta 8 sesiones individuales de orientación (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de la administración de los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 exámenes de detección del VIH cada 12 meses. Un examen de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	No hay coseguro, copago ni deducible por recibir los beneficios de PrEP.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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.
Aparatos protésicos y ortopédicos 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, pruebas, adaptación o capacitación en el uso de aparatos protésicos y ortopédicos, así como 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 ortopédicos y la reparación o el reemplazo de aparatos protésicos y ortopédicos. También se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas; para obtener más detalles, consulte <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta tabla. SE REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ALGUNOS SUMINISTROS/APARATOS	Copago de \$0 por 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 \$0 por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
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 personal 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. *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 servicios cubiertos de Línea directa de enfermería.* Copago de \$0 por cada servicio de Teladoc cubierto.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Detección y orientación para disminuir el abuso de alcohol Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos (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.
 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 las personas de 50 a 77 años que no presenten signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de tabaquismo de al menos un paquete de cigarrillos por día durante 20 años y actualmente fuman o han dejado de hacerlo en los últimos 15 años, que reciban una orden para LDCT durante una visita de detección, orientación y toma de decisión compartida sobre el cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas, y sea proporcionada por un médico o un proveedor no médico calificado. <i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT después del examen de detección con LDCT inicial:</i> los miembros deben recibir una orden para un examen de detección de 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 exámenes posteriores de detección del cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare correspondientes.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de orientación y toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare ni para la LDCT.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Examen de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos un examen de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado lo solicitan y usted cumple con una de estas condiciones: • Presenta un riesgo alto porque consume o ha consumido drogas ilícitas mediante inyección. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera que presente un riesgo alto, pagaremos un examen de detección por única vez. Si presenta un riesgo alto (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas ilícitas mediante inyección desde la prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos los exámenes de detección anuales.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección del virus de la hepatitis C cubierto por Medicare.
 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 personas por año para sesiones personalizadas de orientación conductual intensiva de 20 a 30 minutos para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ETS. Solo cubrimos dichas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como 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.
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 etapa IV, si los refiere su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal de por vida. • 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 esté inaccesible temporalmente). (continúa en la siguiente página)	Copago de \$0 por cada servicio de educación sobre enfermedad renal cubierto por Medicare. Copago de \$0 por cada tratamiento de diálisis, equipos, suministros y servicios de apoyo a domicilio cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se le considera 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). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos de Medicare Parte B en esta tabla.	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para conocer la definición de atención en centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. 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 ingresados cubiertos por Medicare en cada período de beneficios. No es necesaria una estadía hospitalaria previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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 nuestro 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 entera y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar los costos por las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario, o bien, usted u otra persona deben donar la sangre. Todos los demás componentes de la sangre tienen cobertura a partir de la primera pinta utilizada. • 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. (continúa en la siguiente página)	Copago de \$0 para los días 1 a 100 cubiertos por Medicare. Un período de beneficios comienza el día en que usted es considerado como un paciente ingresado en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina si usted no ha recibido atención hospitalaria ni atención especializada como paciente ingresado en un SNF durante 60 días consecutivos. Si vuelve a ingresar en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finalice un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, suministrados habitualmente por los SNF. • Servicios de médicos/proveedores médicos. Por lo general, recibe atención del SNF en los centros de la red. 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 en 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) La orientación para dejar de fumar está cubierta para los pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen con estos criterios: • consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco; • son competentes y están alertas durante la orientación; • Un médico calificado u otro proveedor médico reconocido por Medicare brinda orientación. Cubrimos 2 intentos de dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año).	No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para abandonar el tabaquismo y el uso del tabaco cubiertos por Medicare.
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. (continúa en la siguiente página)	Copago de \$0 por cada sesión de terapia de ejercicio supervisado (SET) cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de ejercicio supervisado (SET) (continuación) El programa de SET debe: • consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que incluyan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para enfermedad de las arterias periféricas en pacientes con claudicación; • Ejecutarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en un consultorio médico. • Estar a cargo de personal auxiliar calificado y capacitado en terapia de ejercicio para la PAD, 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	
Servicios urgentemente necesarios Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle la participación en los costos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Usted tiene cobertura por servicios urgentemente necesarios en todo el mundo. * Los servicios no computan para su importe de gasto máximo de bolsillo.	Copago de \$0 por visita para los servicios urgentemente necesarios cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por servicios urgentemente necesarios en todo el mundo, fuera de Estados Unidos y sus territorios.* Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y ambulancia terrestre en todo el mundo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médicos destinados a pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para el uso de anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con riesgo alto de glaucoma, cubriros un examen de detección de glaucoma cada año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen aquellos con historia familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos a partir de los 50 años e hispanoamericanos a partir de los 65 años. • Las personas con diabetes tienen cobertura para el examen de detección de retinopatía diabética una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si se somete a 2 operaciones de cataratas por separado, no podrá conservar el beneficio luego de la primera cirugía, ni comprar 2 anteojos después de la segunda. • Los servicios suplementarios cubiertos incluyen: ○ Un examen ocular de rutina (refracción ocular) para anteojos/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 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.	Copago de \$0 por 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 examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare cada año. Copago de \$0 por un par de anteojos o de lentes de contacto después de una cirugía de cataratas cubiertos por Medicare. Los accesorios para la vista se deben obtener en un plazo de 12 meses a partir de la cirugía de cataratas. (Solo están cubiertos los armazones y lentes básicos cubiertos por Medicare). Copago de \$0 por cada examen de la vista de rutina (uno por año calendario).* Nuestro plan cubre una asignación de hasta \$350 por año para accesorios para la vista de rutina*.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Visita preventiva de Bienvenida a Medicare Nuestro plan cubre la visita preventiva única de <i>Bienvenida a Medicare</i>. La visita incluye una evaluación de su salud, así como también capacitación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos determinados exámenes de detección y vacunas), además de derivaciones para recibir otro tipo de atención, según sea necesario. Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener Medicare Parte B. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que quiere programar su visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>.

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera del plan EmblemHealth VIP Dual Reserve

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por EmblemHealth VIP Dual Reserve

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

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

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

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

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

Sin embargo, mientras sea miembro de nuestro plan, puede acceder a los beneficios del plan, independientemente de su estado en Medicaid. Los residentes de la ciudad de Nueva York deben comunicarse con la Administración de Recursos Humanos de la ciudad de Nueva York llamando al 1-877-472-8411 para obtener la información más actualizada y precisa relacionada con su elegibilidad y con los beneficios. Las personas que residen fuera de la ciudad de Nueva York deben comunicarse con su Departamento Local de Servicios Sociales para obtener esta información. Para obtener asistencia adicional, también puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los horarios son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre.

Muestre su tarjeta de identificación de miembro de EmblemHealth VIP Dual Reserve y su tarjeta de Medicaid emitida por el estado de Nueva York para acceder a los siguientes:

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios diurnos de cuidado de la salud para adultos	Medicaid cubre los servicios diurnos de cuidado de la salud para adultos prestados en un centro residencial de cuidado de la salud o en una ubicación de extensión aprobada bajo la dirección médica de un médico. Los servicios diurnos de cuidado de la salud para adultos incluyen los siguientes servicios: servicios médicos, sociales, de enfermería, de alimentación y nutrición, terapia de rehabilitación, actividades recreativas que conforman un programa planificado de diversas actividades, servicios odontológicos, farmacéuticos y otros servicios auxiliares.
Servicios diurnos de cuidado de la salud para adultos con SIDA	Medicaid cubre los programas diurnos de cuidado de la salud para adultos (Adult Day Health Care Programs, ADHCP), la atención diseñada para brindar asistencia a personas que tienen VIH, con el fin de ayudarlas a vivir de forma más independiente en la comunidad o eliminar la necesidad de servicios residenciales de cuidado de la salud.
Servicios de ambulancia	Medicaid cubre el coseguro por los servicios de ambulancia, de modo que usted paga \$0.
Programa de vivienda asistida	Medicaid cubre los servicios de cuidado personal, tareas del hogar, supervisión, asistentes de salud a domicilio, respuesta a emergencias personales, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, suministros y equipos médicos, una variedad de servicios de salud a domicilio y los servicios de administración de casos de una enfermera profesional registrada. Servicios provistos en un hogar para adultos o en un entorno de vivienda enriquecido.
Determinados servicios de salud mental	Medicaid cubre los siguientes servicios de salud mental: Programas de tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica; tratamiento diurno; tratamiento diurno continuado; administración de casos para pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes (patrocinado por las unidades locales o estatales de salud mental); hospitalizaciones parciales; tratamiento comunitario asertivo (ACT, siglas en inglés); servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS, siglas en inglés).
Administración integral de casos de Medicaid	Medicaid cubre la administración integral de casos de Medicaid (comprehensive Medicaid case management, CMCM), que brinda servicios de derivación de administración de casos a “trabajadores sociales” a una población específica de pacientes. El administrador de casos CMCM ayuda al cliente a acceder a los servicios necesarios, de conformidad con las metas indicadas en un plan de administración de casos por escrito.
Servicios de asistencia personalizada dirigidos al consumidor (CDPAS, siglas en inglés)	Medicaid cubre los servicios de asistentes de salud a domicilio o tareas especializadas de enfermería a cargo de un asistente personal dirigido al consumidor bajo las órdenes, la supervisión y la dirección del miembro de Medicaid o su representante designado.

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de residencia para crisis	Medicaid cubre la residencia residencial de crisis, la residencia de crisis intensiva, de modo que usted paga \$0.
Atención dental	Medicaid cubre la atención dental preventiva y de rutina, incluidos los exámenes, la profilaxis y la cirugía bucal (cuando no está cubierta por Medicare). También cubre prótesis dentales y aparatos ortopédicos, incluidas prótesis maxilofaciales, implantes y ortodoncia, cuando se requieren para aliviar una afección médica grave o mejorar la empleabilidad. Muchos de estos servicios están cubiertos a un costo de \$0.
Diálisis (riñón)	Medicaid cubre el coseguro por diálisis renal, de modo que usted paga \$0.
Terapia de observación directa para la tuberculosis (TB)	Medicaid cubre la terapia de observación directa para la tuberculosis (directly observed therapy, DOT), que consiste en la observación directa de la ingesta oral de medicamentos para la tuberculosis, con el objeto de garantizar que el paciente cumpla con el régimen de medicamentos recetado por el médico.
Equipos médicos duraderos y suministros relacionados	Medicaid cubre el coseguro por los equipos médicos duraderos y suministros, de modo que usted paga \$0. Medicaid cubre el equipo médico duradero, incluidos los aparatos y equipos que no sean suministros quirúrgicos/médicos, fórmula enteral y aparatos protésicos u ortopédicos con las siguientes características: pueden soportar un uso repetido por un período prolongado; se usan principalmente y habitualmente por motivos médicos; generalmente no son útiles para una persona sana o sin lesiones ni enfermedades; y generalmente están diseñados o adaptados para que los use una persona en particular. Debe ser ordenado por un médico.
Atención de emergencia	Medicaid cubre el coseguro por cada visita a la sala de emergencias, de modo que usted paga \$0.
Servicios de audición	Medicaid cubre los productos y servicios de audición cuando sean médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por la pérdida o deficiencia de la audición, de modo que usted paga \$0. Los servicios incluyen selección, adaptación y entrega de audífonos; controles de audífonos después de la entrega, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos; servicios de audiología que incluyen exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos; y productos para los problemas de audición, incluidos audífonos, moldes para oído, accesorios especiales y repuestos.

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Agencia de cuidado de la salud en el hogar	Medicaid cubre los servicios de salud en el hogar médicamente necesarios e incluye servicios adicionales de salud en el hogar no cubiertos por Medicare (p. ej., terapeutas físicos para supervisar el programa de mantenimiento para pacientes que hayan alcanzado su potencial máximo de recuperación o enfermeros para el llenado previo de jeringas para enfermos de diabetes discapacitados), de modo que usted paga \$0.
Atención hospitalaria para pacientes internados: aguda	Medicaid cubre días adicionales no cubiertos por Medicare y coseguro por servicios de atención hospitalaria para pacientes internados, de modo que usted paga \$0.
Cuidado de la salud mental del paciente ingresado	Medicaid cubre todos los servicios de salud mental de los pacientes internados, incluidas las internaciones voluntarias e involuntarias para recibir servicios de salud mental que sean médicamente necesarios, más allá del límite de por vida de 190 días que ofrece Medicare, de modo que usted paga \$0.
Servicios médicos sociales	Medicaid cubre servicios médicos sociales que incluyen evaluar la necesidad de coordinar la asistencia y proporcionar asistencia para problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un paciente en el hogar, donde los servicios son prestados por un trabajador social calificado y proporcionados dentro de un plan de atención.
Beneficios de farmacia de Medicaid	Los “beneficios de farmacias de Medicaid” están cubiertos por NYRx, el programa de farmacias de Medicaid. Medicaid cubre categorías de medicamentos seleccionados que están excluidos del beneficio de Medicare Parte D. Para obtener una lista completa de los medicamentos reembolsables de Medicaid, ingrese en www.emedny.org/info/formfile.aspx . El programa de farmacia de Medicaid también cubre alimentación enteral, nutrición parenteral, ciertos suministros médicos y quirúrgicos, suministros para la incontinencia, accesorios de inodoro portátil, termómetros, almohadillas interiores/pañales/revestimientos, vendajes para heridas y baterías para audífonos no cubiertos por Medicare.
Programas de tratamiento de mantenimiento con metadona (methadone maintenance treatment programs, MMTP)	Medicaid cubre los programas MMTP, que consisten en servicios de desintoxicación, orientación sobre la drogadicción y rehabilitación que incluyen el control químico con metadona.

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Nutrición	Medicaid cubre la evaluación de las necesidades nutricionales y los regímenes alimenticios, o la planificación de la provisión de alimentos y bebidas que sean adecuados para las necesidades médicas y físicas de la persona y las condiciones de su entorno, o la provisión de educación y orientación sobre nutrición para satisfacer las necesidades normales y terapéuticas. Asimismo, estos servicios pueden incluir la evaluación del estado nutricional y de las preferencias alimenticias, la planificación para la provisión de una ingesta dietética apropiada dentro del entorno del hogar del paciente y sus consideraciones culturales, la educación nutricional sobre dietas terapéuticas como parte del ámbito del tratamiento, el desarrollo de un plan de tratamiento nutricional, la revisión y la evaluación regular de los planes nutricionales, la provisión de educación en el servicio al personal de la agencia de salud, así como la consultoría sobre problemas específicos de la dieta de los pacientes y la capacitación sobre nutrición a los pacientes y sus familias. Estos servicios los debe proporcionar un nutricionista calificado.
Servicios de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD)	Medicaid cubre los siguientes servicios de OPWDD: Servicios de terapia a largo plazo proporcionados por centros de tratamiento clínico del artículo 16 o centros del artículo 28; tratamiento diurno; coordinación de servicios de Medicaid (MSC, siglas en inglés); servicios proporcionados a través del Programa de atención en el hogar (OPWDD, siglas en inglés).
Análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios, servicios y suministros terapéuticos	Medicaid cubre el coseguro por radiografías, radiología terapéutica y de diagnóstico, y suministros médicos y quirúrgicos, de modo que usted paga \$0.
Cuidado de la salud mental del paciente ambulatorio	Medicaid cubre el coseguro por cada visita de terapia grupal o individual cubierta por Medicare, de modo que usted paga \$0.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Medicaid cubre el coseguro por servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios, de modo que usted paga \$0.
Servicios relacionados al abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Medicaid cubre el coseguro por cada visita de terapia grupal o individual cubierta por Medicare, de modo que usted paga \$0.
Cirugía de pacientes ambulatorios	Medicaid cubre el coseguro para visitas a centros quirúrgicos ambulatorios y hospitales para pacientes ambulatorios, de modo que usted paga \$0.

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de cuidado personal (personal care services, PCS)	Medicaid cubre servicios de cuidado personal (Personal Care Services, PCS), que comprenden la provisión de asistencia parcial o total para la higiene personal, vestirse y alimentarse, y apoyo nutricional y ambiental (preparación de comidas y tareas del hogar). Los servicios de cuidado personal deben ser médicamente necesarios, los debe ordenar un médico y los debe prestar una persona calificada de conformidad con un plan de atención.
Servicios de respuesta a emergencias personales (personal emergency response services, PERS)	Medicaid cubre los aparatos electrónicos que les permiten a determinados pacientes de alto riesgo recibir ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental. En la actualidad, existe una variedad de sistemas de alerta electrónica que emplean diferentes aparatos que envían señales. Estos sistemas, por lo general, están conectados al teléfono del paciente y envían una señal a un centro de respuesta cuando se activa el botón “ayuda”. En caso de emergencia, el centro de respuesta recibe la señal y actúa en consecuencia.
Servicios de enfermería privada	Medicaid cubre los servicios de enfermería privada médicamente necesarios de acuerdo con el plan de tratamiento escrito del médico solicitante, el asistente médico registrado o del enfermero médico certificado.
Prótesis	Medicaid cubre el coseguro para prótesis, órtesis y calzado ortopédico de modo que usted paga \$0. Los calzados de receta cubiertos por Medicaid están limitados al tratamiento de la diabetes o a los casos en los que un zapato es parte de un aparato ortopédico para la pierna, o a aquellos casos en los que las personas menores de 21 años tienen complicaciones en los pies.
Servicios de rehabilitación proporcionados a los residentes de Residencias de la comunidad autorizadas (community residences, CR) por OMH y Programas de tratamiento basados en la familia.	Medicaid cubre los servicios de rehabilitación proporcionados a los residentes de residencias comunitarias (CR, siglas en inglés) autorizadas por la Oficina de Salud Mental (OMH, siglas en inglés) y programas de tratamiento basados en la familia.

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia respiratoria	Medicaid cubre la realización de técnicas y procedimientos de prevención, mantenimiento y rehabilitación relacionados con las vías respiratorias, incluida la aplicación de gases médicos, humedad, aerosoles, presión positiva intermitente, ventilación artificial continua, la administración de medicamentos a través de la inhalación y el control de las vías respiratorias, el cuidado del paciente, la instrucción del paciente y la facilitación de consultas con otro personal de la salud.
Transporte de rutina	Medicaid cubre el transporte básico para personas inscritas para obtener atención y servicios médicos necesarios según los beneficios del plan o del cargo por servicio de Medicaid. Incluye transporte para discapacitados, taxi, transporte público u otros medios adecuados para la condición médica de la persona inscrita y un asistente de transporte para acompañar a la persona, si es necesario.
Atención en un Centro de enfermería especializada (SNF)	Medicaid cubre los copagos por atención en un SNF, de modo que usted paga \$0. Para atención en un centro de enfermería especializada (SNF), Medicaid cubre días adicionales más allá del límite de 100 días definido por Medicare, conforme resulte médicamente necesario.
Servicios de la red de atención social (SCN)	Medicaid puede ayudarlo a conectarse con organizaciones de su comunidad que brindan servicios para ayudar con la vivienda, los alimentos, el transporte y la administración de la atención sin costo alguno para usted, a través de una red de atención social regional (SCN, siglas en inglés). A través de esta SCN, usted puede reunirse con un orientador de atención social que verifique su elegibilidad para los servicios que pueden contribuir con su salud y bienestar. Le harán algunas preguntas para ver dónde podría necesitar apoyo adicional. Si usted califica para recibir los servicios, el orientador de atención social puede trabajar con usted para que obtenga el apoyo que necesita. Puede calificar para más de un servicio, según su situación.
Servicios para trastorno de abuso de sustancias	Medicaid cubre el tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias (alcohol y drogas) para pacientes internados y ambulatorios; servicios de desintoxicación para pacientes internados; opioides, incluido el tratamiento de mantenimiento con metadona; tratamiento residencial para el trastorno de abuso de sustancias; servicios de tratamiento de alcohol y drogas para pacientes ambulatorios; servicios de desintoxicación.
Atención urgentemente necesaria	Medicaid cubre el coseguro por atención urgentemente necesaria, de modo que usted paga \$0.

Beneficios adicionales cubiertos por Medicaid	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de la visión	Medicaid cubre los servicios de optometristas, oftalmólogos y ópticas, incluidos los anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (estándar o a medida), y accesorios y servicios para corregir la visión deficiente. La cobertura también incluye reparación o repuestos. La cobertura también incluye exámenes de diagnóstico y tratamiento para defectos de la visión o enfermedades oculares. Los exámenes de refracción se deben realizar cada dos (2) años, a menos que su realización se justifique como médicamente necesaria. Los anteojos se pueden cambiar cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o que se pierdan, dañen o destruyan.

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por el plan

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos.

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

Si recibe servicios que están excluidos (sin cobertura), deberá pagarlos usted, excepto en las circunstancias específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de 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 de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla a continuación.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Acupuntura	Cubrimos la acupuntura limitada para afecciones que no sean 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.	Puede estar cubierto por Medicaid.
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que, según Original Medicare, la comunidad médica no acepta habitualmente.	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	Puede estar cubierto por Medicaid.
Atención domiciliaria de enfermería a tiempo completo	Puede estar cubierto por Medicaid.
Comidas entregadas a domicilio	Puede estar cubierto por Medicaid.
Los servicios de tareas domésticas incluyen asistencia básica en el hogar, como tareas sencillas de limpieza o la preparación simple de comidas.	Puede estar cubierto por Medicaid.
Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos)	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Con cobertura solo en circunstancias específicas
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	Los zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en la habitación del hospital o en un centro de enfermería especializada, como teléfono o televisión	Sin cobertura cualquiera sea la circunstancia
Habitación privada en un hospital.	Con cobertura solo si resulta necesario médicamente.
Reversión de procedimientos de esterilización 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.
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para personas con visión deficiente	Un par de anteojos con marcos estándar (o un par de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas durante la que se implanta una lente intraocular. El plan también proporciona exámenes oculares de rutina suplementarios y asignación para accesorios para la vista. Para servicios de la visión cubiertos por Medicaid, consulte la sección Servicios cubiertos por Medicaid más arriba.
Cuidado de rutina de los pies	Cuatro visitas suplementarias de rutina proporcionadas además de la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes)
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 se cubren 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 dispositivos de férula 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 atrición o abrasión.
6. El blanqueamiento dental no está cubierto.
7. Los injertos óseos no están cubiertos.
8. Las dentaduras o puentes fijas personalizadas o de precisión, o técnicas especializadas, incluido el uso de puentes dentales fijos, en donde una dentadura parcial extraíble diseñada con 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. Los servicios que estén incompletos o no se presten al paciente no están cubiertos.
15. Los servicios como la atención de un traumatismo que en general se proporcionan bajo cobertura quirúrgica médica o servicios necesarios como consecuencia de un accidente de vehículo motorizado o accidente de responsabilidad de propiedad no están cubiertos.
16. Los servicios realizados en donde existe un procedimiento equivalente desde el punto de vista clínico y más barato no están cubiertos. Sin embargo, los beneficios pagaderos a continuación se realizarán solamente por el porcentaje correspondiente del curso de tratamiento menos costoso y realizado con mayor frecuencia, y el balance del costo del tratamiento restante la responsabilidad de pago del miembro elegible. Esta exclusión no se aplica a coronas, dentaduras postizas ni dentaduras postizas parciales fijas.
17. 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 y 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 a partir de su instalación.
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 dispositivo de férula periodontal (adhesión de varios dientes junto) no están cubiertos.
25. Los costos del reemplazo de una dentadura existente que se puede reparar o ajustar no están cubiertos.
26. Los gastos adicionales para una dentadura postiza temporal o provisional u otros servicios temporales o provisionales (como empastes, coronas, etc.) pueden considerarse incluidos 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. La capacitación en el control de la placa o higiene oral o para instrucción alimenticia no están cubiertos.
29. Los costos por completar formularios de reclamaciones no están cubiertos.
30. Los cargos por citas perdidas no están cubiertos.
31. 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.
32. Los procedimientos óseos y otras intervenciones quirúrgicas periodontales más de una vez por cuadrante cada sesenta (60) meses no están cubiertos.
33. 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.
34. Los servicios por cualquier afección cubierta por la ley de indemnización al trabajador, sin culpabilidad o por cualquier otra legislación similar no están cubiertos.
35. Las reclamaciones presentadas más de 365 días después de la fecha del servicio no están cubiertas.

36. Los servicios para corregir o correlacionados 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.
37. No se cubre ningún servicio o suministro proporcionado junto con un servicio no cubierto, en preparación para este o como consecuencia del mismo.
38. 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]).
39. Los servicios de ortodoncia no están cubiertos para miembros mayores de 21 años.

CAPÍTULO 5:

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

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

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica para recibir y está recibiendo Ayuda Adicional de Medicare para pagar los gastos del plan para los medicamentos con receta. Dado que se encuentra en un programa de Ayuda Adicional, **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* o *Cláusula LIS*), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la *Cláusula LIS*. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente se encuentran en la contraportada de este documento).

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

Consulte la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y los beneficios de medicamentos de hospicio.

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

En general, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre que usted cumpla con estas reglas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otro profesional autorizado para recetar) que le emita una receta 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. (Vaya a la Sección 2).
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada médicamente. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, siglas en inglés) o respaldado por material de referencia específico. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación

médicamente aceptada).

- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

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

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.4 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 nuestro plan para suministrar sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos de la Parte D que están en la lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web ([emblemhealth.com/directories](https://www.emblemhealth.com/directories)) o llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa abandona la red de nuestro plan, usted deberá buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su zona, obtenga ayuda a través del Servicio de Atención al Cliente **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o puede usar el Directorio de farmacias. También puede obtener información en nuestro sitio web, en [emblemhealth.com/medicare](https://www.emblemhealth.com/medicare).

Farmacias especializadas

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 dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
- 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 FDA en determinadas ubicaciones o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o capacitación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, vaya a su *Directorio de farmacias*, [emblemhealth.com/directories](https://www.emblemhealth.com/directories), o llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sección 2.2 Servicio de pedidos por correo de nuestro plan

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

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

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

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

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

- 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 siguiente número:
 - servicio de entrega a domicilio de Express Scripts al 1-866-325-5236 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o
 - servicio de entrega a domicilio de Amazon al 1-855-445-1459 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

Si usó el servicio de pedidos por correo previamente y no quiere que la farmacia le surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros:

- servicio de entrega a domicilio de Express Scripts al 1-866-325-5236 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o
- servicio de entrega a domicilio de Amazon al 1-855-445-1459 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si nunca usó nuestro servicio de pedidos por correo o si decide suspender el surtido 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 que se surta el medicamento y se envíe de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para que sepan si deben enviar el medicamento con receta nuevo, retrasar su envío o cancelarlo.

Para cancelar las entregas automáticas de medicamentos con receta nuevos recibidos directamente

del consultorio de su proveedor del cuidado de la salud, comuníquese con nosotros llamando a alguno de los siguientes:

- servicio de entrega a domicilio de Express Scripts al 1-866-325-5236 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o
- servicio de entrega a domicilio de Amazon al 1-855-445-1459 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Resurtido de medicamentos con receta a través de pedidos por correo. Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de suscribirse en uno de nuestros dos programas de resurtido automático: *Programa de servicio de entrega a domicilio de Express Scripts o programa de servicio de entrega a domicilio de Amazon*. A través de este programa, empezaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que usted está por quedarse sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para confirmar si necesita más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si ha cambiado de medicamento.

Si decide no usar nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con la farmacia 25 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 cualquiera de nuestros programas que preparan automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a los siguientes:

- Servicio de entrega a domicilio de Express Scripts al 1-866-325-5236 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Servicio de entrega a domicilio de Amazon al 1-855-445-1459 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

Sección 2.3 Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 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 aquellos que usted toma habitualmente para el tratamiento de una afección médica crónica o a largo plazo).

- **Algunas farmacias minoristas** en nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de farmacias* [emblemhealth.com/medicare](https://www.emblemhealth.com/medicare) (en inglés) se le informa qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
- También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

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

En general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solamente* cuando no puede usar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera del área de servicio donde puede surtir los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con el Servicio de Atención al Cliente 1-877-344-7364 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red solo en

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

estas circunstancias:

- Si viaja fuera del área de servicio del plan y se queda sin sus medicamentos cubiertos por la Parte D, o los pierde, y no puede acceder a una farmacia de la red (para obtener más información sobre el área de servicio del plan, consulte el Capítulo 1, Sección 2.3 de este documento).
- Si viaja fuera del área de servicio del plan, se enferma y necesita un medicamento cubierto por la Parte D y no tiene acceso a una farmacia de la red (para obtener más información sobre el área de servicio del plan, consulte el Capítulo 1, Sección 2.3 de este documento).
- Si adquiere un medicamento con receta para un medicamento cubierto por la Parte D de manera oportuna, y ese medicamento en particular cubierto por la Parte D (por ejemplo, un medicamento de especialidad que normalmente los fabricantes o los proveedores envían directamente) no forma parte del inventario regular de la red de farmacias minoristas accesibles o de las farmacias con servicio de pedidos por correo.
- Si recibe medicamentos cubiertos por la Parte D que le despacha una farmacia institucional fuera de la red mientras es un paciente en una sala de emergencia, en una clínica de un proveedor, de cirugía ambulatoria u otros entornos ambulatorios y, por lo tanto, no puede surtir 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.

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 surtir la receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar que nuestro plan le reembolse). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el importe que nosotros cubriríamos en una dentro de la red.

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

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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (Farmacopea). En esta *Evidencia de cobertura*, la **denominamos la “lista de medicamentos”**.

Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

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

Por lo general, cubrimos un medicamento de la lista de medicamentos de nuestro plan siempre y cuando siga las otras reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el fármaco se use para 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 (FDA) para el diagnóstico o la afección para el cual se receta, o
- respaldado por ciertas referencias, como del American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información Micromedex DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos de marca, los medicamentos genéricos y los productos biológicos (que pueden incluir 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 productos biológicos son fármacos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, puede significar un fármaco o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominados biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan igual que el producto biológico de marca u original, y usualmente, cuestan menos. Hay disponibles medicamentos genéricos sustitutos para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la lista de medicamentos.

Medicamentos que no están incluidos en la lista de medicamentos

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

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que los planes de Medicare cubran determinados tipos de medicamentos (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento particular en la lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

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

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

- Verifique la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente. La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con más frecuencia. Cubrimos otros medicamentos que no se incluyen en la lista de medicamentos que se proporciona. Si uno de sus medicamentos no figura en la lista, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si lo cubrimos.
- Visite el sitio web de nuestro plan (emblemhealth.com/medicines). La Lista de medicamentos que aparece en el sitio web es la más actual siempre.
- Llame al Servicio de Atención al Cliente **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si un medicamento particular está en la lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan, emblemhealth.com/medicare (en inglés), para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para determinados medicamentos con receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre nuestro 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 de nuestro 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 niveles de participación en los costos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a 2 por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay alguna restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deben tomar otras medidas para que podamos cubrir el medicamento. Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que renunciemos a la restricción por usted, debe 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).

Cómo obtener la aprobación del plan anticipadamente

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor debe obtener la aprobación de nuestro plan con base en criterios específicos 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 nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o en nuestro sitio web **[emblemhealth.com/medicines](https://www.emblemhealth.com/medicines)**.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le alienta a probar medicamentos menos costosos, pero en general igual de eficaces, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, es posible que nuestro plan le solicite que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o en nuestro sitio web **[emblemhealth.com/medicines](https://www.emblemhealth.com/medicines)**.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría

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

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O bien una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas adicionales o restricciones en la cobertura.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí se explican algunas opciones de lo que puede hacer:

- Podría obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiarse a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o que no aplique las restricciones a las que esté sujeto.

Podría obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, nuestro 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.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan** O **ahora 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 nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta es para menos 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 una farmacia de atención a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades inferiores de una vez para prevenir derroches).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días, que viven 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 indica menos días. Esto es además del suministro temporal antes mencionado.
- Si ha experimentado un cambio en el nivel de atención y está fuera de la ventana de transición, el farmacéutico debe confirmar su cambio de nivel de atención antes de que se le administre el medicamento.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiarse a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que pueda ser igual de eficaz para usted. Llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) 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.

Opción 2. Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle a nuestro 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, el proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento aun cuando no esté en la Lista de medicamentos del plan. O bien puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

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

SECCIÓN 6 Nuestra 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, nuestro plan puede hacer algunos cambios en la lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría hacer lo siguiente:

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

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de que hagamos cambios en la lista de medicamentos de nuestro plan.

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 veces, recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en un medicamento que toma.

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

- **Adición inmediata de medicamentos a la lista de medicamentos y eliminación o cambios en un medicamento similar incluido en la lista de medicamentos.**
 - Podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, agregar nuevas restricciones o ambos. La versión nueva del medicamento tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos inmediatamente estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la lista de medicamentos.
 - Podemos hacer estos cambios de inmediato y notificarle más adelante, incluso si toma el medicamento que eliminamos o al que realizamos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos o hacer cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos**

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

- Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agregamos tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido con un límite de suministro de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Retirar los medicamentos no seguros y otros medicamentos de 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, se lo informaremos después de que hagamos el cambio.
 - **Hacer 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.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que toma.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que usted toma, hable con el profesional autorizado para recetar sobre las opciones que serían mejores para usted, incluido el cambio a otro medicamento para tratar su afección o solicite una decisión de cobertura para cumplir con cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona que le receta pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

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

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

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

Si cualquiera de estos cambios sucede para un medicamento que toma (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), el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como su participación en los costos hasta el 1.º de enero del año próximo.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá

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

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 toma que le afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos 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). Si Medicaid también excluye el medicamento excluido por nuestro plan, debe pagarlo usted mismo.

Aquí hay 3 reglas generales sobre los medicamentos que el plan de medicamentos de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos en la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de la indicación aprobada* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información Micromedex DRUGDEX. El uso *fuera de la indicación aprobada* es cualquier uso del medicamento que no sea los que se indican en la etiqueta como aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

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

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

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

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir una receta, proporcione la información de membresía de nuestro 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 a nuestro plan la parte del costo de su medicamento que nos corresponde a nosotros. Tiene que pagar a la farmacia su parte del costo cuando retire su medicamento con receta.

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. Luego, puede **pedirnos un reembolso** por nuestra parte del costo. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan.

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

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

Si lo/la hospitalizan o ingresa en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro 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, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC, siglas en inglés) (como un hogar para adultos mayores) tiene su propia farmacia o usa una que suministra medicamentos para todos los residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC, siglas en inglés), podrá obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que este use, siempre que sea parte de nuestra red.

Verifique su *Directorio de farmacias* [emblemhealth.com/directories](https://www.emblemhealth.com/directories) para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo o la que este use es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir sistemáticamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

Sección 9.3 Si también recibe cobertura de medicamentos de un plan de su empleador o grupo de jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Esto puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos 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 paga 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 para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, significa que nuestro plan tiene cobertura de medicamentos que se prevé que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Conserve cualquier aviso sobre la cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. Si no recibió un 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 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 del proveedor del hospicio de que el medicamento no está relacionado para que nuestro plan pueda cubrirlo. 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 surtir 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

Realizamos evaluaciones sobre el uso de medicamentos para garantizar que nuestros miembros estén obteniendo 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, como los siguientes:

- posibles errores en la medicación;
- medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro fármaco similar 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 para medicamentos que tienen componentes a los cuales usted es alérgico;
- posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma;
- cantidades inseguras de analgésicos con opioides.

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

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

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 profesionales autorizados para recetar o farmacias, o si ha sufrido una sobredosis de opioides recientemente, es posible que hablemos con sus profesionales autorizados para recetar para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. Si, luego de hablar con sus profesionales autorizados para recetar, decidimos que su uso de medicamentos opioides o con benzodiacepina con receta quizás no sea seguro, es posible que limitemos cómo puede obtener esos medicamentos. Si participa en nuestro DMP, estas pueden ser las limitaciones:

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

Si planificamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o qué cantidad puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta se le indicará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le pedirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un profesional autorizado para recetar o una farmacia en particular. Tendrá la oportunidad de informarnos qué profesional autorizado para recetar 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, evaluaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con 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, como dolores relacionados con el cáncer o la anemia de células falciformes, si recibe atención de hospicio, cuidados paliativos o del final de la vida, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Control de Terapia de Medicamentos (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a controlar sus medicamentos

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

Algunos miembros que padecen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de gastos farmacéuticos, o están en un Programa de control de medicamentos (DMP, siglas en inglés) para ayudarles a utilizar opioides de forma segura, podrán obtener servicios a través de un programa 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 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. 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/la inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo/la retiraremos del programa. Si tiene preguntas sobre este programa, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

CAPÍTULO 6:

Lo que usted paga por sus medicamentos de la Parte D

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

En este capítulo, usamos “medicamento” para referirnos a medicamentos con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos por ley de la cobertura de la Parte D. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Para comprender la información de pago, necesita conocer qué medicamentos están cubiertos, dónde llenar sus recetas y qué reglas seguir para obtener sus medicamentos con cobertura. En el Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (emblemhealth.com/medicare), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener información proporcionada en la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica para recibir y está recibiendo Ayuda Adicional de Medicare para pagar los gastos del plan para los medicamentos con receta. Como se encuentra en un programa de “Ayuda Adicional”, **es posible que no le aplique cierta información incluida en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta Parte D.** Le enviamos un folleto por separado, denominado *Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda Adicional para sus medicamentos con receta* (también conocida como *Cláusula de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula LIS*), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite la *Cláusula de subsidio por bajos ingresos (LIS, siglas en inglés)*.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos

Existen 3 tipos diferentes de costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que es posible que deba pagar:

- El **deducible**, es el importe que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- El **copago** es un importe fijo que usted paga cada vez que llena una receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que llena una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

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

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

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

- El importe que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de cobertura inicial
- Todos los pagos que hizo durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos de Medicare antes de incorporarse a nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos que realizaron familiares o amigos.
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP, siglas en inglés) y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Pasar a la Etapa de cobertura contra catástrofes:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan desembolsado un total de **\$2,100** en gastos de bolsillo en un año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura contra catástrofes.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo.

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

- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Los medicamentos que no tienen cobertura de nuestro plan
- Los medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro 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 de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, tales como TRICARE y la Administración de Salud para Veteranos (VA, siglas en inglés)
- 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)
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuento del fabricante

Recordatorio: Si alguna otra organización, tal como las mencionadas antes, paga todo o parte de sus gastos de bolsillo por sus medicamentos, usted debe informar a nuestro plan llamando al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Registro del total de sus costos de bolsillo

- La *Explicación de beneficios (EOB, siglas en inglés) de la Parte D* que recibe incluye el importe actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este importe llegue a **\$2,100**, la *EOB de la Parte D* le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura contra catástrofes.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 2.1 para conocer qué puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Su *Explicación de beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que hace cuando adquiere sus medicamentos con receta en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuando pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de dos tipos de costos:

- **Costos de bolsillo:** es lo que usted pagó. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento de la Parte D cubierto, cualquier pago por sus medicamentos que un familiar o amigo realizó, y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP, siglas en inglés).
- **Gastos totales de medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si ha surtido una o más recetas a través de nuestro 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 de pago sobre los medicamentos con receta que surtió durante el mes anterior. Muestra el total de costos en medicamentos, lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1.º de enero.** Esto 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.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios de precio desde la primera vez que se surtió la receta para cada reclamación de medicamentos con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles de menor costo.** Esto incluye información sobre otros medicamentos disponibles con una participación en los costos más baja para cada reclamación de medicamentos con receta, si correspondiera.

Sección 2.1 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 ayuda a garantizar que sabemos qué recetas surte y lo que paga.
- **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. **Estos son 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 de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - En cualquier momento que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le cobran por un medicamento cubierto, puede solicitar que nuestro plan pague la parte del costo que nos corresponde. Para saber cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hicieron en su nombre.** 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 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 *EOB de la Parte D*, revise la información para asegurarse de que esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 3 No existe deducible para EmblemHealth VIP Dual Reserve

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

SECCIÓN 4 La etapa de cobertura inicial

Sección 4.1 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, nuestro plan paga su parte del costo de los medicamentos cubiertos y usted paga la suya (el importe de su copago). Su parte del costo variará según el medicamento y donde surta usted el medicamento con receta.

Nuestro plan tiene un nivel de participación en los costos.

Lo que usted paga por sus medicamentos depende de cuáles medicamentos son genéricos o de marca. Su nivel de ayuda adicional determinará el costo compartido que pagará.

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos los medicamentos con receta adquiridos en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4, para saber cuándo cubriremos un medicamento con receta surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia con servicio de pedidos por correo de nuestro plan.

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

Sección 4.2 Sus gastos para un suministro de un mes de un medicamento cubierto

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

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.

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

Nivel	Participación en los costos para medicamento estándar adquirido en farmacias minoristas dentro de la red (suministro de hasta 30 días)	Participación en los costos para pedidos por correo estándar (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 información). (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de participación en los costos (medicamentos genéricos preferidos)	Usted paga \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento genérico con receta. Usted paga \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento de marca con receta.	Usted paga \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento genérico con receta. Usted paga \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento de marca con receta.	Usted paga \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento genérico con receta. Usted paga \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento de marca con receta.	Usted paga \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento genérico con receta. Usted paga \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento de marca con receta.

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

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

Sección 4.3 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 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 un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, menos que el suministro para un mes completo si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido.

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 paga por la cantidad de días de medicamento que reciba y no por el mes completo. Calculamos el importe que usted paga por día por su medicamento (la tarifa diaria de participación en los costos) y lo multiplicamos por la cantidad de días para los cuales recibe el medicamento.

Sección 4.4 Sus gastos para un suministro a largo plazo (de hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

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.

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

Nivel	Participación en los costos minoristas estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costo compartido para medicamento estándar de pedido por correo (un suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de participación en los costos (Medicamentos genéricos preferidos)	Usted paga \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento genérico con receta.	Usted paga \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento genérico con receta.
	Usted paga \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento de marca con receta.	Usted paga \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento de marca con receta.

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

Sección 4.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los gastos de bolsillo del año alcancen los \$2,100

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el total de los gastos de bolsillo alcance los **\$2,100**. Luego pasa a la etapa de cobertura contra catástrofes.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* que reciba le ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y los terceros han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de **\$2,100** en un año.

Le informaremos si alcanza este importe. Consulte la Sección 1.2 para obtener más información acerca de cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo.

SECCIÓN 5 No existe interrupción de cobertura para EmblemHealth VIP Dual Reserve.

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

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura contra catástrofes

En la Etapa de cobertura contra catástrofes, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa en la Etapa de cobertura contra catástrofes cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de **\$2,100** para el año calendario. Cuando esté en la Etapa de cobertura contra catástrofes, permanecerá en esa etapa de pago hasta que finalice el año calendario.

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

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener detalles de cobertura y participación en los costos sobre vacunas específicas.

Existen 2 partes de nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D:

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

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 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 están 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 vacuna de la Parte D puede variar de acuerdo con la situación y la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- Cuando recibe una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna como del servicio del proveedor por administrársela. 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, eso significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces en las que recibe una vacuna, paga solo la parte del costo que le corresponde en virtud de su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada.

A continuación, se muestran 3 ejemplos de cómo podría obtener 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 ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga 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 vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y del servicio del proveedor por administrársela.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo 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 solemos pagar. (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 parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, 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 solemos pagar. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esa diferencia).

CAPÍTULO 7:

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

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

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

Si usted ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubiertos por nuestro plan, puede solicitar a nuestro plan que le devolvamos el dinero (esta devolución del dinero suele denominarse **reembolso**). 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. Cuando nos envíe una factura que usted ya pagó, la estudiaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deberían cubrirse. Si decidimos que deberían cubrirse, le haremos un reembolso por los servicios o medicamentos.

También 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. Primero, intente resolver el problema con el proveedor. Si no tiene éxito, envíenos la factura en lugar de pagarla. Nosotros la analizaremos y decidiremos si deben cubrirse los servicios. Si decidimos que deberían tener cobertura, 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 igualmente tiene derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que usted posiblemente necesite solicitar a nuestro plan que le reintegre o pague una factura que recibió:

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o urgencia de un proveedor que no se encuentra en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia o urgencia de cualquier proveedor, ya sea que forme parte

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

de nuestra red o no. En esos casos, pídale al proveedor que facture a nuestro plan.

- Si usted paga el importe total al momento de recibir la atención, solicítenos el reintegro de la participación del costo que nos corresponde a nosotros. Envíenos la factura, junto con la documentación de todos los pagos que hizo.
- Es posible que reciba una factura de un proveedor en la que se le solicite el pago por algo que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de todos los pagos que efectuó.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si ya pagó más que su parte del costo del servicio, nosotros le reintegraremos nuestra parte 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 facturarle directamente a nuestro plan. No obstante, a veces cometen errores y le piden a usted que pague más que su parte del costo por los servicios.

- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la misma. Nos podremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación del pago que usted realizó. Solicítenos el reintegro de nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos.

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

A veces, la inscripción de una persona en nuestro 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. Debe 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 eso suceda, usted debe 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 2.4 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reintegremos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el importe que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

Si no tiene su tarjeta de membresía de nuestro plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque su información de inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted deba

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

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. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para la receta.

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 de nuestro 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, es posible que necesitemos más información de su médico para hacerle el reintegro de nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para la receta.

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

Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 hay información sobre cómo presentar una apelación.

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

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 un plazo de 120 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo. Usted debe enviarnos su reclamación en un plazo de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

Para asegurarse de que está dándonos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para realizar una solicitud de pago.

- No tiene obligación de usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web ([emblemhealth.com/medicare](https://www.emblemhealth.com/medicare)) o llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite uno.

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

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

Atención médica	Farmacia
EmblemHealth Claims Attn: Medicare Payment Requests PO Box 2845 New York, NY 10116-2845	Plan EmblemHealth VIP Dual Reserve (HMO D-SNP) Prescription Drug Claims Payment Requests P.O. Box 20970 Lehigh Valley, PA 18002-0970

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento tienen cobertura y usted cumplió con todas las reglas, le pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el importe total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* tienen cobertura o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no le pagaremos nuestra parte del costo por la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta para explicarle los motivos por los cuales no le enviamos el pago y sus derechos para apelar esta decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o del medicamento, usted puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el importe que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, 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.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

Nuestro plan tiene a disposición un servicio de interpretación gratuito para responder a las preguntas de miembros que no hablen inglés. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. También podemos proporcionarle materiales en otros idiomas que no sean inglés, incluidos español y braille, en letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno si los necesita. Estamos obligados a ofrecer información acerca de los beneficios de nuestro 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 al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Nuestro plan debe ofrecer a las mujeres afiliadas la posibilidad de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para recibir servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si dentro de la red de nuestro plan no hay proveedores disponibles en una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores de esa especialidad fuera de la red para que le proporcionen la atención necesaria. En ese caso, solo pagará su participación en los costos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información y saber adónde acudir para obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. Information is available for free in other languages. We can also give you materials in languages other than English including spanish and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service 1-877-344-7364 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Customer Service. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

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

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

Tiene derecho a que se le dé cita y a que se le proporcionen servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro 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.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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 obtengamos 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/la identifique personalmente.

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

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

Tiene derecho a 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 al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**)

Sección 1.4 Le debemos ofrecer información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

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

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame al Servicio de Atención al Cliente al

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

1-877-344-7364 (los usuarios de TTY deben llamar al **711**):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera de nuestro 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 de la 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 acerca de 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 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 afección 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 ayudarle 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 recomendadas 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. Si usted 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.

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

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 esa 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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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**. Los documentos como una **declaración de voluntad anticipada** y un **poder notarial para el cuidado de salud** son ejemplos de directivas médicas anticipadas.

Cómo establecer una directiva médica anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un 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 llamar al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para solicitar los formularios.
- **Llene el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere contar con la ayuda de un abogado para preparar el documento.
- **Entregue copias del formulario a las personas correspondientes.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona designada en dicho formulario para tomar las decisiones en su nombre 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/a y firmó una directiva médica anticipada, **lleve una copia al hospital**.

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

Completar una directiva médica anticipada es su decisión (incluso la opción de firmar una o no si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle la atención ni discriminarlo/a en función de si firmó o no una directiva médica anticipada.

Si no se respetan sus instrucciones

Si firma 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 Usted 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 brindarle una atención justa**.

Sección 1.7 Si cree que lo/la están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se respetaron sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, llame a

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

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

- **Llame al Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan al 1-877-344-7364 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-701-0501.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-344-7364 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-701-0501.
- **Comuníquese con Medicare.**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación Derechos y protecciones de Medicare (disponible en: [Derechos y protecciones de Medicare](#))
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación se indica lo que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

- **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 los servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 se brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud o de medicamentos además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos al respecto.** 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 la tarjeta de miembro de nuestro plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la 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 toma, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y obtener respuestas que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que 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 continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el medicamento.
- **Si se muda *dentro del área de servicio de nuestro plan*, debemos saberlo** para que podamos actualizar su registro de miembro y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera del área de servicio de nuestro plan*, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**

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

CAPÍTULO 9:

Si tiene un problema o una queja

(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 ¿Qué hacer si tiene un problema o una inquietud?

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

1. Si su problema se refiere a beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si necesita ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
2. El tipo de problema que tenga:
 - Para algunos problemas, debe seguir el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe seguir el **proceso para la presentación de quejas** (también llamadas “queja formal”).

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

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. La mayoría de las personas no conoce muchos de estos términos. Para facilitar las cosas, en este capítulo se utilizan palabras más conocidas en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a conocer qué términos debe emplear para obtener la ayuda o información correctas, incluimos estos términos legales cuando brindamos detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato, estamos

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

obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudar son las siguientes:

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 consejeros de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe seguir para manejar un problema que tenga. Además, pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los orientadores de SHIP son gratuitos.

Programa de Asesoramiento y Asistencia del Seguro Médico (HIICAP, siglas en inglés)

- Llame al 1-800-701-0501, de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 (Servicio de Retransmisión del Estado de Nueva York).
- Correo: New York State Office for the Aging (Next line) 2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, New York 12223-1251
Correo electrónico: NYSOFA@aging.ny.gov
- Sitio web www.aging.ny.gov.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

- Puede llamar a la línea de ayuda de Medicaid al 1-800-541-2831 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.
- Puede escribir a su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS, siglas en inglés). Encuentre la dirección de su LDSS en: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.
- También puede visitar el sitio web de Medicaid del estado de Nueva York: www.health.ny.gov/health_care/medicaid.

SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema

Como usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, cuenta con procesos diferentes que puede utilizar para tratar su problema o queja. El proceso que debe seguir depende de si el problema se refiere a beneficios de Medicare o a beneficios de Medicaid. Si su problema se refiere a un beneficio cubierto por Medicare, utilice el proceso de Medicare. Si su problema se refiere a un beneficio cubierto por Medicaid, utilice el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o Medicaid, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la tabla a continuación.

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

¿Se refiere su problema a beneficios de Medicare o a beneficios de Medicaid?

Mi problema se refiere a beneficios de **Medicare**.

Consulte la **Sección 4, Cómo manejar problemas con los beneficios de Medicare**.

Mi problema se refiere a la cobertura de **Medicaid**.

Consulte la **Sección 12, Cómo manejar problemas con los beneficios de Medicaid**.

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

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

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

Sí.

Consulte la **Sección 5, Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.

Consulte la **Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes**.

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, por lo general nos referimos a los artículos y servicios médicos, y a los medicamentos de Medicare Parte B como **atención médica**. Se utiliza el proceso de apelaciones y de decisión de cobertura para cuestiones relacionadas con si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de que la reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos respecto de sus beneficios y su cobertura, o del importe que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo/la deriva a un especialista médico que no se encuentra dentro de la red, esa derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar

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

para ese especialista médico, o que la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio al que se deriva nunca está cubierto en ningún caso. 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 la atención médica que usted considera que necesita.

Tomamos una decisión de cobertura cuando decidimos qué cubriremos en su caso y cuánto pagaremos. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que usted ya no tiene la cobertura. 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/a, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que evaluemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas situaciones, puede solicitar 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 las reglas adecuadamente. Cuando hayamos completado la evaluación, le informaremos nuestra decisión.

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

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

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las 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 atención médica de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4**.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 7.

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

Sección 5.1 Obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.

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

- **Llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia con seguros de salud

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

- **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 *Nombramiento de un representante* (el formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare).
- Para casos de atención médica, 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 de la 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 de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en nombre de usted.** 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 actúe como su representante, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf en nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare). Este 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.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra evaluación hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, se desestimarán su solicitud de apelación. Si eso 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 local de abogados u otro servicio de referencia. Existen grupos que le ofrecerán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.2 Reglas y fechas límite para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que conllevan decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Proporcionamos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 6:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que cubramos una internación hospitalaria más prolongada si cree que le están dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 9:** 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 en centro de enfermería especializada y en el centro integral de rehabilitación de paciente ambulatorio [CORF, siglas en inglés]).

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

Si no está seguro/a de qué información se aplica a su caso, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le hagamos un reembolso por nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes para solicitar un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera son diferentes las reglas para los medicamentos de la 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 5 situaciones a continuación:

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

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es de atención hospitalaria, cuidado de salud en el hogar, atención en centro de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, siglas en inglés), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

La decisión de cobertura que afecta su atención médica se denomina **determinación de organización**.

Una decisión de cobertura acelerada se conoce como una **determinación acelerada**.

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

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios, 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. 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 de recuperar la funcionalidad:

Si su médico nos informa que su salud necesita una decisión de cobertura acelerada, aceptaremos proporcionársela automáticamente.

Si solicita 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 usaremos los plazos estándar.
- Que, si su médico solicita 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 solicitó.
 - 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, utilizamos los plazos estándar.

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

- **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, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la 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 11 de este capítulo).

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

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 de la 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 beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días más**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no debemos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja de respuesta rápida*. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos ni bien tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión.

Paso 4: Si nuestra respuesta es “no” a su solicitud de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.

Si nuestra respuesta es “no”, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que desea.

Si presenta una apelación, significa que procederá al nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 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

reconsideración del plan.

Una apelación acelerada también se denomina una **reconsideración acelerada**.

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

Se suele responder a una apelación estándar dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación acelerada suele presentarse dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico deben 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 rápida que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación acelerada.

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación acelerada, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud

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

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 evaluamos su apelación, volvemos a examinar cuidadosamente toda la información. Hacemos un control para ver si cumplimos con todas las reglas al momento de rechazar su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos 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.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle a usted, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período prorrogado si necesitamos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una organización de evaluación independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos 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 de la Parte B que aún no ha recibido, le daremos nuestra 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, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la 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

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

- su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período prorrogado), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde la apelación será evaluada por una organización de evaluación independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
 - **Si nuestra respuesta es “sí” a 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 de la Parte B.
 - **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de evaluación independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Términos legales:

El nombre formal de la organización de evaluación independiente es **Entidad de evaluación independiente**. A menudo, se llama **Entidad de Evaluación Independiente (IRE, siglas en inglés)**.

La **organización de evaluación independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está vinculada con nosotros y no es un organismo gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa este trabajo.

Paso 1: 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 sobre su apelación.

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

- Para la apelación acelerada, la organización de evaluación independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en **un plazo de 72 horas** después de haberla recibido.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico, y la organización de evaluación independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de evaluación independiente no puede tardarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una 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 independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en **un plazo de 30 días calendario** después de haberla recibido. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de evaluación independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en **un plazo de 7 días calendario** después de haber

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

recibido su apelación.

- Si está solicitando un artículo o servicio médico, y la organización de evaluación independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de evaluación independiente no puede tardarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de evaluación independiente le da su respuesta.

La organización de evaluación independiente le informará la decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de evaluación independiente 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 independiente 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 independiente.
- **Si la organización de evaluación independiente acepta todo o parte de una solicitud para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de evaluación independiente para casos de **solicitudes estándar**. 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 independiente.
- **Si esta organización de evaluación independiente rechaza todo o parte de la apelación que usted hizo**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de evaluación independiente le enviará una carta que:
 - Explica la decisión.
 - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando cumple con un 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.
 - Le indica 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 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (que dan un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador legal. En la Sección 10 se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5 Si nos pide que le reintegremos la parte que nos corresponde de una factura recibida por atención médica

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No pague la factura usted mismo.** Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

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

Si desea solicitar el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este documento: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que puede necesitar solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. Además, se explica cómo enviarnos la documentación del pago que nos solicita.

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, controlaremos si la atención médica que pagó es de un servicio cubierto. También controlaremos si siguió las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió las reglas, le enviaremos el pago de nuestra participación del costo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más tarde 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 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 desestimarla, **puede presentar una apelación**. Si lo hace, significa que nos pide que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando desestimamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones en la Sección 6.3. 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 aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó, ya sea a usted o al proveedor, en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 En esta sección, se le informa qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento Parte D o si desea un reembolso por el pago de un medicamento Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para que el medicamento tenga cobertura, debe usarse para una indicación aceptada médicamente. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los costos, las reglas, las restricciones y los medicamentos 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

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

“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 surtir 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

Términos legales:

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 de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitarnos que no apliquemos una restricción de la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener) **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar un medicamento con receta que ya compró. **Solicitarnos un reintegro. Sección 7.4**

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

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

Sección 7.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción a la farmacopea**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción a la 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 lo estuviera, 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

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

la excepción. Aquí tenemos 2 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional autorizado para recetar nos pueden solicitar que hagamos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D 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 todos los medicamentos. No puede pedir una excepción para el importe de participación en los costos que le exigimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminación de una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Información importante sobre cómo solicitar excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos.

Su médico u otro profesional autorizado para recetar deben darnos una declaración que explique los motivos médicos por los que solicita 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 que está solicitando y no le provocara más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es así siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra evaluación mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

Una decisión de cobertura acelerada se denomina **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 2 requisitos:

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

- Debe solicitar un medicamento que aún no recibió. (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, se la daremos de manera automática.**
- **Si solicita 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 usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otro profesional autorizado para recetar solicita la decisión de cobertura acelerada, se la daremos de forma automática.
 - 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 solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas después de haberla recibido.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura acelerada.

Para empezar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, siglas en inglés) o en nuestro formulario del plan, el cual está disponible en nuestro sitio web emblemhealth.com/grievances-appeals. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u 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 solicitarla. 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

- Por lo general, 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.

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

- Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó, debemos proporcionar la cobertura que acordamos 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 apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Por lo general, 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** acordamos 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 apelar.

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

- Debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una organización de evaluación independiente.
- Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó, también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si nuestra respuesta es “no” a su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es “no”, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que procederá al nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Término legal:

Una apelación ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una redeterminación del plan.

Una apelación acelerada se conoce como 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. Una apelación acelerada suele presentarse dentro de las 72 horas. Si su estado de salud lo exige, solicite una apelación acelerada.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted, 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, y se explican en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Para iniciar una apelación, usted, su representante, su médico u otro profesional autorizado para recetar debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación acelerada.

- **Para apelaciones estándares, 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 (877-344-7324, TTY 711).** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar toda solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de redeterminación de cobertura con el modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web emblemhealth.com/grievances-appeals. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha 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. Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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

- Cuando evaluamos su apelación, volvemos a examinar cuidadosamente toda la información sobre 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

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

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 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos 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 recibió

- 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 recibió el medicamento y su afección así lo exige.
 - Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una organización de evaluación independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos 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 compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será evaluada por una organización de evaluación independiente.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizar el pago en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué tomamos esa decisión. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si nuestra respuesta es “no” a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y realizar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Sección 7.6 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 rechazamos 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 independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- 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 solicitud a la entidad de evaluación independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de evaluación independiente. 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 sobre 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 de evaluación independiente acepta proporcionarle una “apelación acelerada”, la organización de evaluación independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.

Fechas límite para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de evaluación independiente 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

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

solicita que le reintegremos por un medicamento que ya compró, la organización de evaluación independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un **plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de evaluación independiente le da su respuesta.

Para apelaciones aceleradas:

- Si la organización de evaluación independiente acepta todo o parte de lo que solicitó, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de evaluación independiente en un **plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de evaluación independiente.

Para apelaciones estándar:

- Si la organización de evaluación independiente acepta todo o parte de su solicitud de **cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de evaluación independiente en un **plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de evaluación independiente.
- Si la organización de evaluación independiente acepta todo o parte de su solicitud de **reintegro** por 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 independiente.

¿Qué sucede si la organización de evaluación independiente rechaza su apelación?

Si esta organización de evaluación independiente rechaza todo o parte de 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:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su 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 informa 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 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (que dan un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador legal. En la Sección 10 se explican los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

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

SECCIÓN 8 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 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 salga 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 8.1 Durante su internación hospitalaria como paciente ingresado, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le informan sus derechos

En un plazo de 2 días calendario posteriores a su admisión en el hospital, se le entregará un aviso por escrito titulado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de parte alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o profesional de enfermería), solicítela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea 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 recibió 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 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 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que se programe el alta.

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

- Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Para solicitar que cubramos sus servicios en el hospital para pacientes internados por un período más prolongado, utilice 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 alguna pregunta, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP, siglas en inglés) para obtener ayuda personalizada: 1-800-701-0501 (Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico [HIICAP, siglas en inglés]). La información de contacto detallada del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

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 esta fecha límite,** puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por esto* mientras espera la decisión de la Organización de mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con esta fecha límite, comuníquese con nosotros.** Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.

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

- 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 su 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 1-877-344-7364 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener un aviso de muestra en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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 independiente *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios**.
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es “no”?

- Si la organización de evaluación independiente 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 independiente *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 *rechazó* su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar

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

otra apelación significa que procederá al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

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 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 independiente acepta:

- **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 independiente rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación.

Paso 4: En caso de rechazo, debe decidir si desea seguir con su apelación y pasar al nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (que dan un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un mediador legal. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que mantengamos la cobertura de determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios)** cubiertos, 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 estos 3 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 9.1 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 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le brinda información sobre:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrirle la atención.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para solicitar que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
2. **Se le solicitará 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 ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Su firma no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de detener la atención.

Sección 9.2 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, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). O llame a su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP, siglas en inglés) para obtener ayuda personalizada: 1-800-701-0501 (Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico [HIICAP, siglas en inglés]). La información de contacto detallada del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

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

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 no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización de mejora de la calidad utilizando la información de contacto que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de mejora de la calidad de su estado también puede encontrarse en el Capítulo 2.

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) les 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 independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y evaluará información que nuestro plan le proporciona.
- 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**

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

cubiertos durante el tiempo que estos sean médicamente necesarios.

- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **entonces su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide seguir recibiendo el cuidado de salud en el hogar, la atención en centro de enfermería especializada o los servicios del Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, siglas en inglés) *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 9.3 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 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 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 calendario 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 independiente acepta?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió 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.

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

¿Qué sucede si la organización de evaluación independiente 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 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 3 niveles adicionales de apelación después del nivel 2, que dan un total de 5 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 mediador legal. La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre el proceso de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 El proceso de apelación en el Nivel 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del servicio médico o artículo por el que apeló 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 3 niveles de apelación funcionan de manera similar a los 2 primeros niveles. 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 rechaza 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 en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos 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 la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones

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

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 en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si rechaza su apelación 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 seguir 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 *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

Sección 10.3 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 del medicamento por el que apeló cumple con un importe determinado en dólares, es posible que pueda seguir 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 3 niveles de apelación funcionan de manera similar a los 2 primeros niveles. 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.

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

- 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 un 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 el juez de derecho administrativo o el mediador legal rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, 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 en un 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 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 seguir 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 acepta o rechaza su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal del Distrito Federal.

Presentación de quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 Qué tipos de problemas maneja el proceso de quejas

El proceso de quejas se usa para determinados tipos de problemas *solamente*. Incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio de Atención al Cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	¿No 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 nuestro 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 por alguien de nuestro Servicio de Atención al Cliente u otro personal de nuestro plan? - Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de examen o al surtir 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 <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no le respondemos con la suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: - Si nos solicitó una <i>decisión de cobertura acelerada</i> o una <i>apelación acelerada</i> y la rechazamos; puede presentar una queja. - Si cree que no cumplimos con las fechas límites para tomar decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. - Si cree que no estamos cumpliendo con las fechas límites para cubrirle o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos 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.

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

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **queja formal**.

Presentar una queja se denomina **presentar una queja formal**.

Usar el proceso de quejas se denomina **usar el proceso de quejas formales**.

Una **queja de respuesta rápida** se denomina una **queja formal de expedición urgente**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros a la brevedad, ya sea por teléfono o por escrito.

- **El primer paso suele ser llamar al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). 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), puede asentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- El reclamo (queja) del miembro se debe presentar en un plazo de 60 días a partir de la fecha del incidente que generó la queja, escribiendo a:

EmblemHealth Medicare HMO
ATTN: Grievance and Appeals
PO Box 2807
New York, NY 10116-2807

o bien, puede llamar al Servicio de atención al cliente al:

1-877-344-7364

Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**

Los horarios de atención son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a sábado, del 1.º de abril al 30 de septiembre.

Si alguien presenta un reclamo en su nombre, este debe incluir un “Formulario de designación de representante” que autorice a la persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono son los indicados anteriormente) y solicite un “Formulario de Designación de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare, en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en emblemhealth.com/medicare. Si bien podemos aceptar un reclamo sin el formulario, no podemos completar nuestra evaluación hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días después de recibir su solicitud de reclamo (nuestra fecha límite para responder a su reclamo), su solicitud de reclamo se cerrará.

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

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 11.3 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 2 opciones más:

- **Puede presentar su queja ante la Organización de mejora de la calidad.** La Organización de mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud contratados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejora de la Calidad y nosotros al**

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

mismo tiempo.

Sección 11.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre *EmblemHealth VIP Dual Reserve* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TDD/TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Problemas con los beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas con los beneficios de Medicaid

Los consumidores tienen el derecho a una apelación externa cuando su organización para el mantenimiento de la salud (HMO) o su aseguradora (plan de salud) rechazan los servicios de atención médica por ser médicamente no necesarios (incluso la idoneidad, el contexto en donde se proporciona la atención médica, el nivel de atención o la eficacia de un beneficio cubierto), por ser experimentales/estar en investigación (incluso un ensayo clínico o tratamiento de una enfermedad rara) o, en ciertos casos, por estar fuera de la red.

Para solicitar una apelación externa, los consumidores o las personas que estos designen deben completar la solicitud adjunta y enviarla al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York dentro de los 4 meses de la fecha de la determinación adversa definitiva (FAD) del plan de salud. Los proveedores tienen su propio derecho a una apelación externa cuando los servicios de cuidado de la salud se rechazan de manera retrospectiva o simultánea y deben solicitar una apelación externa dentro de los 60 días.

¿Qué es una apelación externa? Es una solicitud que usted realiza al Departamento de Servicios Financieros cuando un plan de salud rechaza los servicios de cuidado de la salud. Su apelación puede ser revisada por un agente independiente de apelaciones externas con expertos médicos que anularán (en su totalidad o en parte) o defenderán el rechazo por parte del plan de salud.

¿Cuándo solicito una apelación externa? Los consumidores o las personas que estos designen deben enviar una solicitud de apelación externa al Departamento de Servicios Financieros dentro de los 4 meses de la fecha de la determinación adversa definitiva (FAD) desde el primer nivel de apelación con el plan de salud o la renuncia del proceso de apelación interna. Los proveedores que apelen en su propio nombre deben solicitar una apelación externa dentro de los 60 días de la determinación adversa definitiva (FAD). Si usted no envía su solicitud al Departamento de Servicios Financieros dentro del período de tiempo requerido (se permiten 8 días adicionales para el envío por correo), usted no será elegible para una apelación externa.

¿Qué pasa si un plan de salud ofrece una apelación interna de segundo nivel? Usted no tiene que solicitar una apelación interna de segundo nivel. Sin embargo, si usted solicita una apelación interna de segundo nivel, usted debe solicitar todavía una apelación externa dentro de los 4 meses (o 60 días para apelaciones de proveedores) de la determinación de la apelación del primer nivel del plan de salud.

¿Qué ocurre si se rechazan los servicios por ser experimentales/estar en investigación (incluso un ensayo clínico o una enfermedad rara)? El médico del paciente (para enfermedades raras no puede ser el médico tratante) debe completar y enviar las páginas 4-6 de la solicitud al Departamento de Servicios Financieros.

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

¿Qué ocurre si se rechazan los servicios por ser fuera de la red? El paciente debe tener una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) o un contrato con el seguro de atención administrada y se debe haber rechazado una solicitud de autorización previa porque el servicio no está disponible dentro de la red y el plan de salud recomienda un servicio alternativo dentro de la red que se considera que no es materialmente diferente del servicio fuera de la red. El médico del paciente debe completar y enviar las páginas 4-7 de la solicitud al Departamento de Servicios Financieros.

¿Cuándo tomará una decisión un agente de apelaciones externas? Dentro de las 72 horas para apelaciones rápidas o 30 días para apelaciones estándares. La decisión del agente de apelaciones externas es vinculante para el paciente y para el plan de salud del paciente.

¿Cómo solicito una apelación externa rápida (agilizada)? El rechazo debe estar relacionado con la admisión, la disponibilidad de la atención, la hospitalización en curso o el servicio de cuidado de la salud por el que el paciente recibió servicios de emergencia y permanece hospitalizado; o el médico del paciente debe completar las páginas 4-6 de la solicitud y testificar que el paciente no ha recibido el tratamiento y un período de tiempo de 30 días perjudicaría gravemente la vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima del paciente, o una demora presentaría una amenaza inminente o grave para la salud del paciente. El paciente puede solicitar una apelación interna y externa rápida al mismo tiempo. Una vez que se envía la apelación externa, se tomará una decisión a las 72 horas, incluso si no se ha presentado toda la información médica del paciente.

¿Cuándo puedo enviar la información al agente de apelaciones externas? Será notificado cuando se asigne una agente de apelaciones externas. Usted debe enviar cualquier información al agente de inmediato. Una vez que el agente tome una decisión, no se considerará la información adicional.

¿Debo pagar una tarifa para una apelación externa? Los planes de salud pueden cobrar una tarifa de \$25.00 a los pacientes y las personas que estos designen, y no debe exceder \$75.00 en un único año del plan. No se aplica la tarifa para los pacientes que apelan y están cubiertos con Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus o si la tarifa plantea una dificultad. Los planes de salud pueden cobrarles a los proveedores una tarifa de \$50.00 por apelación. Se le devolverá la tarifa si el agente de apelaciones externas anula el rechazo del plan de salud.

¿Qué ocurre si un paciente tiene cobertura de Medicare O Medicaid? Los pacientes cubiertos con Medicare no son elegibles para una apelación externa en el Estado de Nueva York y deberían llamar al 1-800-MEDICARE o visitar www.medicare.gov. Los pacientes cubiertos con Medicaid regular no son elegibles para una apelación externa; sin embargo, los pacientes cubiertos con un Plan de atención administrada de Medicaid son elegibles. Todos los pacientes de Medicaid pueden solicitar también una audiencia justa, y la decisión de la audiencia justa será la que se aplique. Llame al 1-800-342-3334 o visite www.otda.state.ny.us/oah para obtener información sobre una audiencia justa.

PARA REALIZAR PREGUNTAS O RECIBIR AYUDA CON UNA SOLICITUD, LLAME AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS FINANCIEROS DEL ESTADO DE NUEVA YORK AL 1-800-400-8882, O ENVÍENOS UN CORREO A externalappealquestions@dfs.ny.gov O VISITE NUESTRO SITIO WEB EN www.dfs.ny.gov. Si está enviando por fax una apelación rápida, llame al 1-888-990-3991.

CAPÍTULO 10:

Cómo terminar la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo terminar su membresía en nuestro plan

La terminación de su membresía en EmblemHealth VIP Dual Reserve puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Usted podría abandonar nuestro plan porque decidió 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 Es posible que usted pueda terminar su membresía porque tiene Medicare

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden terminar su membresía únicamente durante determinadas épocas del año. Debido a que tiene Medicaid, puede finalizar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente (si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por salirse de la inscripción automática).
- Si cumple los requisitos, un D-SNP integrado que le proporciona su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y permanece sin una

Capítulo 10 Cómo terminar su membresía en nuestro plan

cobertura de medicamentos acreditable durante un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- Llame a su Oficina Estatal de Medicaid al 1-800-541-2831 para obtener información sobre sus opciones de planes de Medicaid.
- Otras opciones de planes de salud de Medicare están disponibles durante el **Período de inscripción abierta**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el período de inscripción abierta.
- **Su membresía generalmente terminará** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar sus planes. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede terminar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede terminar su membresía durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción abierta** 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.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare separado
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado.
 - Si cumple los requisitos, un D-SNP integrado que le proporciona su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

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 separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por salirse de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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

Sección 2.3 Puede terminar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted puede efectuar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan Medicare Advantage (MA, siglas en inglés), desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B

hasta el último día del tercer mes de derecho.

- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro Plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y recibir cobertura a través de Original Medicare. Si cambia a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare separado al mismo tiempo.
- **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 de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede terminar su membresía durante un período de inscripción especial

En determinadas situaciones, puede ser elegible para terminar su membresía en otros momentos del año. Este se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov (en inglés).

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare
- Si 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, en inglés)
- Si se inscribe en el Programa integral de atención para personas de edad avanzada (PACE, siglas en inglés)
- **Nota:** Si está en un programa de control de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos Períodos de inscripción especial. En la Sección 10 del Capítulo 5 se brinda más información sobre los programas de control de medicamentos
- **Nota:** La Sección 2.1 le brinda más información acerca del período de inscripción especial para personas que tienen Medicaid

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 de Medicare. Puede elegir una de las siguientes opciones:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos,
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare separado,
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado.
- Si cumple los requisitos, un D-SNP integrado que le proporciona su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Capítulo 10 Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de cobertura: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted opte por salirse de la inscripción automática.

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

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información acerca del período de inscripción especial para personas que tienen Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede terminar usted su membresía

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

- **Llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-344-7364 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2026*
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo terminar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede terminar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en el plan EmblemHealth VIP Dual Reserve se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del medicamento del nuevo plan.
Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare separado	• Inscribese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en el plan EmblemHealth VIP Dual Reserve se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare separado	• Envíenos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito • Llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-344-7364 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en EmblemHealth VIP Dual Reserve cuando comience su cobertura de Original Medicare.

Capítulo 10 Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Departamento de Salud del Estado de Nueva York, llame al 1-800-541-2831, TTY 711. También puede comunicarse con el Programa de defensa de atención de largo plazo del estado de Nueva York al -1-855-582-6769, TTY al 711. Pregunte cómo el hecho de inscribirse en otro plan o de regresar a Original Medicare afecta el modo en que recibe su cobertura del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

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

Hasta que termine su membresía de EmblemHealth VIP Dual Reserve y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o los pedidos por correo para surtir sus medicamentos con recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que termina su membresía, su estadía hospitalaria estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (incluso si esto ocurre después de que se haga efectiva su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 El plan EmblemHealth VIP Dual Reserve debe terminar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

EmblemHealth VIP Dual Reserve debe terminar su membresía en nuestro plan si se produce alguno de los siguientes hechos:

- Si usted ya no tiene la Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Tal como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan está destinado a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si nuestros registros indican que perdió su elegibilidad para Medicaid, le enviaremos una carta para notificárselo. Tendrá un período de gracia de tres (3) meses para recuperar la elegibilidad. Si no recupera su elegibilidad dentro de ese período, debemos cancelar su inscripción en el plan EmblemHealth VIP Dual Reserve.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) 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.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa

Capítulo 10 Cómo terminar su membresía en nuestro plan

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 tiene preguntas o si desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Servicio de Atención al Cliente al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud

EmblemHealth VIP Dual Reserve no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún 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). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 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, siglas en inglés). 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, edad, 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 del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, siglas en inglés), 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 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 al **1-877-344-7364** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Servicio de atención al cliente puede ayudarle.

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

Capítulo 11 Avisos legales

VIP Dual Reserve, 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

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 estadía prevista en el centro no es mayor de 24 horas.

Apelación – se presenta una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de cuidado de la salud o medicamentos con receta, o de pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: se produce cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente más del importe de la participación en los costos permitido de nuestro plan. Como miembro de EmblemHealth VIP Dual Reserve, solamente tiene que pagar el importe del costo compartido 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 nuestro plan indica que usted debe pagar.

Período de beneficios: el modo en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios del centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido atención hospitalaria para pacientes ingresados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si vuelve a ingresar en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finalice un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

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 medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no es idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: medicamento con receta que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principio activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos, y generalmente no están disponibles hasta después de que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura contra catástrofes: 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, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) – organismo federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales de Atención crónica (C-SNP, siglas en inglés) – los C-SNP son planes de necesidades especiales que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves, específicas y crónicas.

Coseguro: importe que posiblemente deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) por su participación en los costos por los servicios o medicamentos con receta.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer una querrela**. El proceso de quejas se usa para determinados tipos de problemas *solamente*. Incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio de Atención al Cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no respeta los plazos del proceso de apelación.

Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORE): 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 como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es un importe fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Participación en los costos: se refiere a los importes que debe pagar un miembro cuando recibe servicios o medicamentos. La participación en los costos incluye cualquier combinación de los siguientes 3 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.

Determinación de cobertura – una decisión sobre si un medicamento con receta para usted tiene cobertura de nuestro plan 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 nuestro 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 cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos – el término que usamos para hacer referencia a todos los servicios de atención médica 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.

Tarifa diaria de participación en los costos: puede aplicarse una tarifa diaria de participación en los costos cuando su 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 nuestro plan incluye 30 días, entonces su tarifa diaria de participación en los costos es de \$1 por día.

Deducible: el importe que debe pagar por el cuidado de la salud o los medicamentos con receta antes de que el plan pague.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de terminar la membresía en nuestro plan.

Tarifa de entrega: tarifa que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo del surtido de un medicamento con receta, como el tiempo que le toma al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Planes de necesidades especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP, siglas en inglés) – los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad – una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME, siglas en inglés): 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, una 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 nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que renunciemos a la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (excepción a la Lista de medicamentos).

Ayuda Adicional: programa de Medicare que ayuda a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico – un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, siglas en inglés) como medicamento que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona del mismo modo que uno de marca, y suele costar menos.

Querella: tipo de queja que usted presenta sobre nuestros proveedores o farmacias del plan, lo que incluye una queja relativa a la calidad de su atención. Esto no implica disputas sobre el pago o la cobertura.

Asistente de salud a domicilio: una persona que brinda servicios que no requieren de las habilidades de un terapeuta o un profesional de enfermería que tiene licencia, 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 le 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.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos de bolsillo para el año hayan alcanzado el importe de **\$2,100**.

Período de inscripción inicial – cuando es elegible por primera vez para acceder a Medicare, el período en el cual usted se inscribe en Medicare Parte A y Parte B. 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.

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad de beneficio completo.

Plan de necesidades especiales institucional (I-SNP, siglas en inglés) – los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP, siglas en inglés), SNP institucionales híbridos (HI-SNP, siglas en inglés) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP, siglas en inglés).

Plan de necesidades especiales institucional equivalente (IE-SNP) – un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable – un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados sobre el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (farmacopea o lista de medicamentos) – lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS, siglas en inglés) – consulte Ayuda Adicional.

Programa de descuento del fabricante – un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo – el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Importe de gasto máximo de bolsillo: el importe máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los importes que usted paga por nuestras primas de Medicare Parte A y Parte B y por los medicamentos con receta no se contemplan para el importe de gasto máximo de bolsillo. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este gasto máximo de bolsillo).

Medicaid (o Asistencia Médica) – es un programa federal y estatal conjunto que brinda asistencia con los costos médicos para personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían; sin embargo, la mayoría de los costos del cuidado de la salud están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, siglas en inglés) o respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Estadounidenses y el sistema de información de Micromedex DRUGDEX.

Medicamento necesarios: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.

Medicare – el 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**.

Servicios cubiertos por Medicare – los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare – un 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 nuestro 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 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

Parte B.

Programa de Control de Terapia de Medicamentos – (MTM, siglas en inglés) un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas que se proporcionan a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para evaluar los medicamentos.

Póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare ofrecido por compañías de seguro 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: una farmacia que tiene un contrato con nuestros planes donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se llenan en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red – proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica.

Los proveedores de la red tienen un 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**.

Período de inscripción abierta – 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.

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.

Producto biológico original – un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con cargo por servicio): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de importes establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del importe aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico), y se encuentra disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o suministrar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de

los medicamentos que usted obtiene de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se den ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que nuestro plan no emplea, posee ni administra.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de participación en los costos más arriba. 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.

Umbral de gastos de bolsillo: el importe máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE, siglas en inglés) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS, siglas en inglés) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes del PACE reciben los beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través de nuestro 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 del plan 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 de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que usted sea primeramente elegible para unirse a un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la penalidad por inscripción tardía si pasa 63 días o más seguidos sin cobertura de medicamentos de la Parte D u otra acreditable.

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, siglas en inglés): 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.

Servicios preventivos – atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo,

los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

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 basados en criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la farmacopea y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

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, siglas en inglés) – 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.

Límites de cantidad: herramienta de control diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación informática en la que las personas inscritas pueden buscar información completa, correcta, oportuna y clínicamente apropiada de la Lista de medicamentos y los beneficios específica para ellos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos de la farmacopea que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Referido – una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin un referido, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación – incluyen atención de rehabilitación para paciente hospitalizado, fisioterapia para (paciente ambulatorio), , terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado – un medicamento cubierto por la Parte D por el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

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). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada que se brindan de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones

intravenosas que solo pueden estar a cargo de un profesional de enfermería registrado o médico.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención de cuidado de la salud más específica para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar para adultos mayores o tienen determinadas condiciones médicas crónicas.

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: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicio de atención al cliente de EmblemHealth VIP Dual Reserve

Método	Servicio de atención al cliente: información de contacto
Llame	1-877-344-7364 Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a sábados, del 1.º de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a este número son gratuitas. El Servicio de Atención al Cliente 1-877-344-7364 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de intérprete de idiomas 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: de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábados, del 1.º de abril al 30 de septiembre.
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)

El Programa de Asesoramiento y Asistencia de Información del Seguro Médico (HIICAP, siglas en inglés) 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
Llame	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 auditivas o del habla.
Correo	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza Albany, Nueva York 12223-1251
Sitio Web	http://www.aging.ny.gov

Declaración de divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Documentación (PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



EmblemHealth VIP Dual Reserve

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE: INFORMACIÓN DE CONTACTO

Llame	877-344-7364 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a sábados, del 1 de abril al 30 de septiembre. El Servicio de Atención al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérprete disponibles para personas que no hablan inglés.
TDD/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. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a sábados, del 1 de abril al 30 de septiembre.
Fax	212-510-5373
Correo	EmblemHealth Medicare HMO ATTN: Customer Service, 55 Water Street, New York, NY 10041-8190
Sitio Web	emblemhealth.com/medicare

El Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (HIICAP) (SHIP de Nueva York)
HIICAP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer orientación local gratuita sobre seguros de salud a personas con Medicare.

HIICAP: INFORMACIÓN DE CONTACTO

Llame	800-701-0501
TDD/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	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 (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.