

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de GuildNet Health Advantage HMO-POS SNP

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura de salud y para medicamentos con receta de Medicare y Medicaid desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2013. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, GuildNet Health Advantage HMO-POS SNP, es ofrecido por GuildNet, Inc. (Cuando en la Evidencia de cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a GuildNet, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a GuildNet Health Advantage).

GuildNet Health Advantage HMO-POS SNP es un plan de atención coordinada que tiene un contrato con Medicare Advantage y un contrato con el programa New York Medicaid.

Esta información está disponible en otros idiomas, en forma gratuita. Para obtener información adicional, llame al Servicio para los miembros al 1-800-815-0000. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-662-1220). El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. El Servicio para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.

This information is available for free in other languages. Please contact our Member Services number at 1-800-815-0000 for additional information. (TTY users should call 1-800-662-1220). Hours are Monday through Friday 8 am -8 pm. Member Services also has free language interpreter services available for non-English speakers.

También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, si lo necesita. Si es elegible para recibir Medicare debido a una discapacidad, debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y adecuada para usted.

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2014.

Evidencia de cobertura de 2013

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro.....	1
Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.	
Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes	14
Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (GuildNet Health Advantage) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de jubilación para ferroviarios.	
Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos	32
Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.	
Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto).....	46
Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles no como miembro de nuestro plan. También se informa la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.	
Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D	76

Explica las normas con las que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que no están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad de los fármacos y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D..... 99

Explica las tres etapas de la cobertura para medicamentos (etapa del deducible, etapa de cobertura inicial, etapa del período sin cobertura, etapa de cobertura en situaciones catastróficas) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. También detalla los cuatro niveles de costo compartido correspondientes a los medicamentos de la Parte D y se incluye lo que le corresponde pagar a usted en cada nivel de costo compartido. También se explica la multa por inscripción tardía.

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 117

En este capítulo se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 124

Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 135

En este capítulo se describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos con receta que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y

determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.

- También se explica cómo hacer un reclamo respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de atención al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 197

Se describe cuándo y cómo usted puede terminar su membresía en el plan. Además, se explican las situaciones en las cuales nuestro plan debe dar por finalizada su membresía

Capítulo 11. Avisos legales 205

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 207

Se explican los términos clave que se utilizan en este folleto.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1	Introducción	3
Sección 1.1	Usted está inscrito en GuildNet Health Advantage, que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales).....	3
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> ?	4
Sección 1.3	¿De qué se trata este capítulo?	4
Sección 1.4	¿Qué sucede si es un miembro nuevo de GuildNet Health Advantage?.....	4
Sección 1.5	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	5
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	5
Sección 2.1	Los requisitos de elegibilidad	5
Sección 2.2	¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	6
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?.....	6
Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan para GuildNet Health Advantage.....	6
SECCIÓN 3	¿Qué otra documentación le enviaremos?.....	7
Sección 3.1	Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos y la atención cubiertos	7
Sección 3.2	<i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan.....	8
Sección 3.3	La <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan.....	9
Sección 3.4	<i>Explicación de beneficios</i> (EOB, por sus siglas en inglés): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D.....	10
SECCIÓN 4	Su prima mensual para GuildNet Health Advantage.....	10
Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima del plan?.....	10
Sección 4.2	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?	11

SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.....	11
Sección 5.1	Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted.....	11
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información personal de salud.....	12
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	12
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	12
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?	12

SECCIÓN 1 Introducción

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

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

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

Usted ha elegido recibir su atención médica de Medicare y parte de su atención médica de Medicaid y su cobertura para medicamentos con receta a través de nuestro plan, GuildNet Health Advantage.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. GuildNet Health Advantage es un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan de necesidades especiales” de Medicare), lo cual significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. GuildNet Health Advantage está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que usted obtiene asistencia de Medicaid, pagará menos por algunos de sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también le brinda otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica que, generalmente, no están cubiertos por Medicare. También recibirá una Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de venta con receta médica de Medicare. GuildNet Health Advantage le ayudará a gestionar todos estos beneficios, para que reciba los servicios de atención de salud y ayuda con el pago a los que tiene derecho.

Una organización sin fines de lucro está a cargo de GuildNet Health Advantage. Como ocurre con todos los Planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa New York Medicaid para coordinar los beneficios de Medicaid. Nos complace estar proporcionándole su cobertura de salud de Medicare y Medicaid, incluida la cobertura de sus medicamentos con receta.

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*?

Este folleto sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y los medicamentos con receta de Medicare y Medicaid cubiertos a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Consulte el Manual del miembro de GuildNet Health Advantage para conocer más detalles sobre cómo obtener sus beneficios de Medicaid.

Este plan, GuildNet Health Advantage, es ofrecido por GuildNet, Inc. (Cuando en la *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a GuildNet, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a GuildNet Health Advantage).

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos con receta a su disposición como miembro GuildNet Health Advantage.

Sección 1.3 ¿De qué se trata este capítulo?

Lea el Capítulo 1 de esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre:

- ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?
- ¿Cuál es su área de servicio del plan?
- ¿Qué documentación le enviaremos?
- ¿A cuánto asciende la prima del plan y cómo se puede pagar?
- ¿Cómo puede mantener actualizada la información de su registro de miembro?

Sección 1.4 ¿Qué sucede si es un miembro nuevo de GuildNet Health Advantage?

Si es un miembro nuevo, es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo a leer este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, póngase en contacto con el Servicio para los miembros del plan (en la portada posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

Sección 1.5	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>
--------------------	---

Es parte del contrato que celebramos con usted

La presente *Evidencia de cobertura* forma parte del contrato que celebramos con usted sobre cómo GuildNet Health Advantage cubrirá su atención médica. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en que esté inscrito en GuildNet Health Advantage, entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2013.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan GuildNet Health Advantage cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2

¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1	Los requisitos de elegibilidad
--------------------	---------------------------------------

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Usted viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).
- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- No padezca enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), salvo por algunas excepciones limitadas, por ejemplo si la enfermedad renal terminal se manifiesta cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos o si fue miembro de otro plan que terminó.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos

y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para Medicare y para todos los beneficios de Medicaid.

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde lo siguiente:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por proveedores institucionales tales como hospitales (para servicios para pacientes hospitalizados), centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio.
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como suministros y equipos médicos duraderos).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

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

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para GuildNet Health Advantage

Aunque Medicare es un programa federal, GuildNet Health Advantage se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en esta área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados dentro del estado de Nueva York: Nueva York (Manhattan), Bronx, Queens, Kings (Brooklyn), Nassau y Suffolk.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos y la atención cubiertos

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



Existen algunos servicios que seguirá recibiendo del programa de pago por servicio de Medicaid y, para esto, deberá utilizar su tarjeta de Medicaid. Estos servicios se describen en el Manual del miembro de GuildNet Health Advantage. Guarde la tarjeta de Medicaid en un lugar seguro porque puede que la necesite posteriormente. Notará que nuestra tarjeta de miembro tiene el logotipo de GHI/EmblemHealth impreso. (GHI es uno de los planes de salud incluido en EmblemHealth). Esto se debe a que GuildNet Inc. y GHI/EmblemHealth han celebrado un acuerdo que permite que GHI brinde algunos servicios para el plan, y permite que los miembros del plan utilicen proveedores de la red de proveedores de GHI Medicare Choice PPO. El logotipo de GHI/EmblemHealth se encuentra en la tarjeta de miembro, de manera que cuando utilice un proveedor de la red de GHI Medicare Choice PPO, este sabrá que debe atenderlo y proporcionarle atención. Lleve su tarjeta de identificación de miembro en todo momento y recuerde mostrar su tarjeta cuando reciba los servicios, productos o medicamentos cubiertos.

Mientras sea miembro de nuestro plan, **no debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (salvo los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de un hospicio). Guarde la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que deba presentarla más adelante.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si mientras sea miembro del plan utiliza los servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de GuildNet Health Advantage, usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Servicio para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los miembros).

Sección 3.2	<i>Directorio de proveedores y farmacias: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan</i>
--------------------	--

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y sus montos correspondientes al costo compartido del plan en su totalidad. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red debido a que le resultará más conveniente utilizar estos proveedores para recibir atención. Esto se debe a que dichos proveedores **han aceptado participar en su atención y colaborar con GuildNet y su equipo de profesionales de la salud para brindarle la mejor atención posible. Utilizar los proveedores de la red es la mejor opción**, ya que GuildNet puede coordinar su atención con mayor facilidad. GuildNet cuenta con una extensa red de proveedores. Nuestros proveedores de la red GuildNet pueden proporcionarle los servicios que solía brindar Original Medicare y algunos de los servicios que solía recibir del programa de pago por servicio de Medicaid.

La red de proveedores de GHI Medicare Choice PPO y la red de Medicaid Advantage de GuildNet forman la red GuildNet. Usted utilizará la red de proveedores de GHI Medicare Choice PPO para recibir los servicios cubiertos por Original Medicare.

Siempre es más conveniente que consulte a un proveedor de la red, pero es posible que consulte a un proveedor que no pertenezca a la **red de proveedores de GHI Medicare Choice PPO para** recibir servicios cubiertos por Original Medicare. No se necesita una remisión y, en muchos casos, no es necesario que obtenga autorización previa.

Usted puede utilizar cualquier proveedor de la red de Medicaid Advantage de GuildNet para obtener los servicios cubiertos que solía recibir del programa de pago por servicio de Medicaid aunque es posible que necesite autorización previa para recibir algunos servicios. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia y la cobertura fuera de la red y fuera del área.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

En el *Directorio de proveedores y farmacias* se incluye una lista completa de las farmacias de la red; esto quiere decir todas las farmacias que han aceptado suministrar los medicamentos con receta cubiertos a los miembros de nuestro plan.

¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que quiera comprar los medicamentos. Esto es importante porque, salvo por algunas excepciones, si quiere que el plan cubra los medicamentos con receta (le ayude a pagarlos) debe obtenerlos en una de las farmacias de la red.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una a través del Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). En el Servicio para los miembros puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.guildnetny.org, o descargarlo de este sitio web. Tanto el Servicio para los miembros como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “lista de medicamentos”, para abreviarla. Indica cuáles son los medicamentos con receta de la Parte D que cubre GuildNet Health Advantage. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de GuildNet Health Advantage.

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos con receta también están cubiertos para usted con los beneficios de Medicaid. Consulte el Manual del miembro de GuildNet Health Advantage para obtener información adicional.

La lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.guildnetny.org) o llamar al Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 3.4	<i>Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D</i>
--------------------	---

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que le ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés).

La *Explicación de beneficios* le informa el monto total que gastó en medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios* y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

También puede solicitar un resumen de la *Explicación de beneficios*. Para obtener una copia, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para GuildNet Health Advantage

Sección 4.1	<i>¿A cuánto asciende la prima del plan?</i>
--------------------	---

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan GuildNet Health Advantage. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Tal como se explica en la Sección 2, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medicaid y para la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de GuildNet Health Advantage, Medicaid les paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y también la prima de la Parte B. Si Medicaid no paga por usted las primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

El documento denominado *Medicare & You 2013* incluye información sobre estas primas en la sección titulada “2013 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2013). Todas las personas que tienen Medicare reciben todos los años, en otoño, una copia del documento *Medicare & You* (Medicare y usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriban por primera vez. También puede descargar una copia del documento *Medicare & You 2013* del sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?
--------------------	---

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el año próximo, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 5.1	Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted
--------------------	---

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que tiene cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este Capítulo.)

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información personal de salud, consulte Sección 1.4 del Capítulo 8, de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de algún miembro de su familia, la decisión sobre quién paga primero se basa en su edad, la estructura del empleador y si tiene Medicare basado en la edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

- Si usted es menor de 65 años y sufre alguna discapacidad, y usted o un miembro de su familia se encuentran aún trabajando, su plan paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple tiene más de 100 empleados.
- Si usted es mayor de 65 años y su cónyuge se encuentra aún trabajando, el plan paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

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

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de GuildNet Health Advantage (cómo ponerse en contacto con nosotros, inclusive cómo comunicarse con el Servicio para los miembros del plan)	15
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	22
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	24
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés) (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)	25
SECCIÓN 5	Seguro Social	26
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)	27
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta.	28
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios.	30
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?	31

SECCIÓN 1 Contactos de GuildNet Health Advantage (cómo ponerse en contacto con nosotros, inclusive cómo comunicarse con el Servicio para los miembros del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Servicio para los miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio para los miembros de GuildNet Health Advantage. Con gusto le ayudaremos.

Servicio para los miembros	
LLAME AL	1-800-815-0000 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 15 de noviembre hasta el 1 de marzo, atendemos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. El Servicio para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-662-1220 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-212-769-1621
ESCRIBA A	GuildNet Health Advantage 15 West 65 th Street Nueva York, NY 10023 guildnetinfo@jgb.org
SITIO WEB	www.guildnetny.org

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura de su atención médica,

consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

Decisiones de cobertura sobre atención médica	
LLAME AL	1-800-815-0000 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las solicitudes urgentes serán atendidas por un equipo de guardia al número que se menciona más arriba de lunes a domingos durante las 24 horas.
TTY	1-800-662-1220 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las solicitudes urgentes serán atendidas por un equipo de guardia al número que se menciona más arriba de lunes a domingos durante las 24 horas.
FAX	1-866-215-2928
ESCRIBA A	GuildNet Health Advantage ATTN: Utilization Management 55 Water Street New York, NY 10041

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Apelaciones sobre atención médica	
LLAME AL	1-800-815-0000 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las solicitudes urgentes serán atendidas por un equipo de guardia al número que se menciona más arriba. El horario de atención es de lunes a domingos durante las 24 horas.
TTY	1-800-662-1220 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las solicitudes urgentes serán atendidas por un equipo de guardia al número que se menciona más arriba de lunes a domingos durante las 24 horas.
FAX	1-212-510-5320 Para apelaciones aceleradas: 1-212-287-2754
ESCRIBA A	GuildNet Health Advantage ATTN: Grievance and Appeals P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación.) Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y queja)*).

Quejas sobre la atención médica	
LLAME AL	1-800-815-0000 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	1-800-662-1220 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-212-510-5320
ESCRIBA A	GuildNet Health Advantage ATTN: Grievance and Appeals P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre GuildNet Health Advantage directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por los medicamentos con receta. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Decisiones de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D	
LLAME AL	1-866-557-7300 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Decisiones de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D	
TTY	1-866-248-0640 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
ESCRIBA A	Pharmacy Services, P.O. Box 1520 JAF Station, New York, NY 10116-1520

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D	
LLAME AL	1-866-557-7300 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	1-866-248-0640 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-212-510-5320
ESCRIBA A	GuildNet Health Advantage ATTN: Grievance and Appeals PO Box 2807 New York, NY 10116-2807

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación.) Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D	
LLAME AL	1-866-557-7300 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
TTY	1-866-248-0640 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-212-510-5320
ESCRIBA A	GuildNet Health Advantage ATTN: Grievance and Appeals PO Box 2807 New York, NY 10116-2807
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre GuildNet Health Advantage directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo*

solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos).

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

Solicitudes de pago de la Parte C	
LLAME AL	Solicitudes de pago de la Parte C 1-800-815-0000 El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	1-800-662-1220 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	GuildNet Health Advantage P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807

Solicitudes de pago Parte D	
LLAME AL	1-866-557-7300 El horario de atención es de lunes a domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	1-866-248-0640 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

	El horario de atención es de lunes a domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-212-510-5320
ESCRIBA A	GuildNet Health Advantage c/o EmblemHealth Medicare PPO P.O. Box 2807 New York, NY 10116-2807

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

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados “CMS”, por sus siglas en inglés). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Medicare	
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Medicare

SITIO WEB <http://www.medicare.gov>

Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.

El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:

- **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.
- **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de GuildNet Health Advantage:

- **Infórmele a Medicare sobre su queja:** puede presentar una queja sobre GuildNet Health Advantage directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a que ingrese en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En el estado de Nueva York, al SHIP se le denomina Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP, por sus siglas en inglés).

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

Los asesores del HIICAP pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarle a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. También pueden ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

HIICAP (SHIP de Nueva York) para residentes de los condados de Nueva York (Manhattan), Bronx, Queens o Kings	
LLAME AL	1-212-341-3978
ESCRIBA A	HIICAP, NYC Dept. of Aging, 2 Lafayette Street, 16th Floor, New York, NY 10007
SITIO WEB	http://www.aging.ny.gov/healthbenefits/HIICAPIndex.cfm

HIICAP (SHIP de Nueva York) para residentes del condado de Nassau	
LLAME AL	1-516-485-3425, interno 2
ESCRIBA A	Family/Children Service Association of Nassau County 336 Fulton Avenue, Hempstead, NY 11550
SITIO WEB	http://familyandchildrens.org

HIICAP (SHIP de Nueva York) para residentes del condado de Suffolk	
LLAME AL	631-853-8200
ESCRIBA A	Office for the Aging, P.O. Box 6100 H. Lee Dennison Building 3rd Floor 100 Veterans Memorial Highway Hauppauge, NY 11788-0099

HIICAP (SHIP de Nueva York) para residentes del condado de Suffolk

SITIO WEB <http://www.suffolkcountyny.gov/Departments/CountyExecutive/OfficefortheAging>

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés)
(la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad. En el estado de Nueva York, a la Organización para la mejora de la calidad se la conoce como la Organización de revisión de normas profesionales de la isla (IPRO, por sus siglas en inglés).

La IPRO está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. La IPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con la IPRO:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés) finalizan demasiado pronto.

IPRO (Organización para la mejora de la calidad de Nueva York)

LLAME AL Quejas sobre la calidad de la atención: 1-800-331-7767
Revisiones de quejas de altas hospitalarias: 1-888-880-9976
Revisiones de quejas sobre un SNF, un CORF o una HHA: 1-888-696-9561

TTY 1-866-446-3507
Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.

ESCRIBA A IPRO, 1979 Marcus Avenue, Lake Success, NY 11042-1002

SITIO WEB www.ipro.org/index/consumers

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción de Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar a la Administración del Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por sus coberturas para medicamentos de la Parte D por tener ingresos más elevados. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que usted debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede ponerse en contacto con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Seguro Social	
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	http://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

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

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona que reúne los requisitos (QI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene preguntas acerca de la asistencia que recibe de Medicaid, póngase en contacto con el Departamento de Salud del estado de Nueva York.

Departamento de Salud del Estado de Nueva York	
LLAME AL	1-800-541-2831 o 1-866-712-7197
ESCRIBA A	New York State Department of Health, Corning Tower, Empire State Plaza, Albany, NY 12237
SITIO WEB	http://www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/index.htm

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta.

Programa de “ayuda adicional” de Medicare

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

Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda adicional, llame:

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

Si cree que está pagando un monto incorrecto correspondiente al costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Le solicitaremos que nos proporcione una copia de la carta de la Administración del Seguro Social o Medicare que incluya su nivel de copago.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare

Debido a que usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare no se aplica en su caso. Usted ya tiene cobertura para los medicamentos con receta durante el período sin cobertura a través del programa de Ayuda adicional.

Para las personas que no reciben la Ayuda adicional, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante de medicamentos de marca para los

inscritos en la Parte D que hayan alcanzado el período sin cobertura. Estos inscritos también reciben cierto grado de cobertura por los medicamentos genéricos. Si tiene preguntas sobre el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare, póngase en contacto con el Servicio para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Para las personas que se encuentren en un período sin cobertura, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante de medicamentos de marca para las personas inscritas en la Parte D que hayan alcanzado el período sin cobertura. Estos inscritos también reciben cierto grado de cobertura por los medicamentos genéricos. Si tiene preguntas sobre el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare, póngase en contacto con el Servicio para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare brinda descuentos del fabricante de los medicamentos de marca a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “ayuda adicional”. Hay un descuento del 50 % sobre el precio negociado (sin incluir el cargo de suministro y el cargo por administración de vacunas, si existieran) para aquellos medicamentos de marca de fabricantes que hayan aceptado pagar el descuento. El plan paga un 2.5 % adicional y usted paga el 47.5 % restante por sus medicamentos de marca.

Si alcanza la etapa del período sin cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta y su Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) mostrará cualquier descuento aplicado. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante son tenidos en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplazara a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura por los medicamentos genéricos. Si alcanza la etapa del período sin cobertura, el plan paga el 21 % del precio por los medicamentos genéricos y usted el 79 % restante del precio. La cobertura por los medicamentos genéricos funciona de manera distinta que la cobertura para los medicamentos de marca. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (21 %) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. También, el costo de suministro se incluye como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta sobre la posibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando, o acerca del Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en general, póngase en contacto con el Servicio para los miembros (los números de teléfono aparecen impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Qué ocurre si recibe Ayuda adicional de Medicare para poder cubrir los costos de medicamentos con receta? ¿Obtiene los descuentos?

La mayoría de nuestro miembros reciben “ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de medicamentos con receta. Si usted recibe la “ayuda adicional”, el Programa de descuentos

para el período sin cobertura de Medicare no se aplica en su caso. Si recibe Ayuda adicional, usted ya tiene una cobertura para los costos de medicamentos con receta durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, deberá revisar el próximo aviso de la *Explicación de beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios*, deberá contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener información para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP, por sus siglas en inglés), los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo, o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 **Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios.**

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

Junta de jubilación para ferroviarios	
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes. Si tiene un teléfono de tonos, tendrá a su disposición información grabada y servicios automatizados durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.

Junta de jubilación para ferroviarios	
SITIO WEB	http://www.rrb.gov

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato, o al Servicio para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los miembros).

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

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan	34
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	34
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica y otros servicios que cubre el plan	34
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios	35
Sección 2.1	Puede elegir a un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que brinde y supervise su atención	35
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no obtiene la aprobación por adelantado de su PCP?	36
Sección 2.3	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red	37
Sección 2.4	Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red	37
SECCIÓN 3	Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención	38
Sección 3.1	Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica	38
Sección 3.2	Cómo puede obtener atención ante una necesidad urgente de recibir atención	40
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	40
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos	40
Sección 4.2	¿Qué debería hacer en el caso de los servicios que no cubre nuestro plan?	40
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	41

Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	41
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?	42
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”	43
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?	43
Sección 6.2	¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan?.....	44
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipos médicos duraderos.....	45
Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?	45

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

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. En él se incluyen definiciones de términos y se explican las normas que deberá respetar para obtener tratamientos médicos, servicios y otro tipo de atención médica que cubre el plan.

Para obtener más información sobre qué atención médica y otros servicios cubre el plan, utilice la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto*).

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros que aceptan nuestros pagos en su totalidad. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Por lo general, los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que cubre el plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica y otros servicios que cubre el plan
--

Como un plan de salud de Medicare y Medicaid, el plan GuildNet Health Advantage debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y otros servicios.

GuildNet Health Advantage normalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). Puede consultar con proveedores fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan) para recibir atención médica y el servicio que estará cubierto, aunque siempre es mejor consultar con proveedores de la red ya que los proveedores de la red han acordado participar en su atención. No necesita nuestra autorización previa para recibir atención médica con un proveedor fuera de la red.

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

Sección 2.1	Puede elegir a un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que brinde y supervise su atención
--------------------	---

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

Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Un PCP es un profesional de salud que coordina su atención médica. Aunque no necesita tener un PCP en el momento de la inscripción, una vez que se inscriba en el plan le recomendamos que elija un proveedor que trabaje con su Coordinador de atención y un equipo de otros profesionales de salud para asegurarse de que usted obtenga los servicios que satisfagan sus necesidades de atención médica de la mejor manera posible. Si no tiene un PCP u otro proveedor que consulte con frecuencia, nuestro personal le puede ayudar a encontrar uno o puede elegirlo del *Directorio de proveedores y de farmacias* del plan. También puede elegir un proveedor fuera de la red. Puede elegir un PCP de medicina general, medicina de familia, medicina interna u otros proveedores especializados, incluso enfermeros practicantes.

Además de trabajar con nuestro equipo y otros profesionales de salud, su PCP puede ayudarlo a mantenerse sano de otras maneras. Él/ ella estudia su historia médica y mantiene su registro médico, le brinda atención regular y responde preguntas sobre su salud. Su PCP puede brindarle información sobre hábitos alimenticios saludables y dieta, administrarle las vacunas y los exámenes que necesita, derivarlo a especialistas u otros proveedores de salud que pueda necesitar. Es importante que tenga un PCP y que consulte con él regularmente, para que encuentre los problemas antes de que sean graves.

¿Cómo elige al PCP?

Puede elegir un PCP por su cuenta, elegir uno del *Directorio de proveedores y farmacias* del plan o puede llamarnos y lo ayudaremos a elegir uno. Cuando comience las consultas con su PCP, infórmenos el nombre y la información de contacto de su PCP.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento.

Cuando decida acerca de su nuevo PCP, llámenos para que podamos actualizar su registro. Si necesita ayuda para seleccionar un nuevo PCP, nuestro personal puede ayudarlo.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no obtiene la aprobación por adelantado de su PCP?
--------------------	--

Si bien lo incentivamos a que elija un PCP, no es obligatorio que tenga uno. No necesita aprobación por adelantado de su PCP para recibir los servicios cubiertos. Algunos servicios requieren autorización previa.

Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. Consulte el Capítulo 9 (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)) para obtener más información sobre cómo obtener autorización previa en caso de ser necesaria.

Puede obtener servicios como los que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP por adelantado.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas antigripales.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Atención de urgencia proporcionada por proveedores de la red o por proveedores que no pertenecen a la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos; por ejemplo, cuando usted está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame al Servicio para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los miembros).

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

No necesita una remisión para ver a un especialista. Algunos servicios requieren que el proveedor solicite al plan una aprobación previa. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. Consulte el Capítulo 9 *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* para obtener más información sobre cómo obtener autorización previa en caso de ser necesaria.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

Es posible que, en ocasiones, algún especialista, clínica, hospital u otro proveedor de la red que usted consulte deje de participar en el plan. Como usted puede consultar proveedores fuera de la red para recibir servicios médicos, si el proveedor deja la red, usted no necesita cambiar sus médicos para continuar recibiendo estos servicios.

Consulte la Sección 2.4 a continuación para obtener información sobre cómo seguir obteniendo servicios exclusivos de Medicaid de un proveedor que deja nuestra red.

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

Ya que nuestro plan tiene una opción de punto de servicio, puede utilizar un proveedor fuera de la red para los servicios del plan cubiertos por Medicare si el proveedor acepta la asignación de Medicare. (Esto significa que un proveedor acepta el monto aprobado de Medicare como pago completo).

Consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)* para conocer qué servicios están cubiertos por Medicare. De ser posible, siempre es una buena idea asegurarse de que el proveedor siga las normas de autorización del plan. Antes de recibir servicios de un proveedor fuera de la red, le recomendamos que confirme con nosotros si cubrimos los servicios que recibe y si son médicamente necesarios.

Debe utilizar un proveedor de la red para los servicios del plan cubiertos solo por Medicaid. Consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)* para conocer qué servicios

están cubiertos solo por Medicare. Es posible que el plan le permita utilizar un proveedor fuera de la red solo cuando:

- Autorizamos estos servicios por adelantado.
- Necesita atención médica que nuestro plan cubre pero no hay proveedores en nuestra red que puedan proporcionar esta atención. En este caso, el copago de su atención será de \$0.
- Cuando usted se inscribe en el plan, se encuentra bajo el cuidado de un proveedor fuera de la red. Puede continuar el tratamiento con este proveedor por hasta 60 días desde que se inscribió en el plan. Su proveedor debe aceptar el pago de la tarifa del plan, seguir nuestras pólizas y aceptar brindarnos la información médica sobre su atención.
- Se encuentra en un tratamiento continuo con un proveedor de la red del plan que decide dejar de participar en la red de proveedores de atención de GuildNet Health Advantage. Le permitiremos continuar consultando al proveedor por 90 días hasta que se complete la transición al nuevo proveedor. Durante ese tiempo, lo ayudaremos a elegir otro proveedor de la red de proveedores de GuildNet Health Advantage y nosotros realizaremos la transición de su atención al nuevo proveedor. Su proveedor debe aceptar el pago de la tarifa del plan, seguir nuestras pólizas y aceptar brindarnos la información médica sobre su atención.

La tabla de beneficios del capítulo 4 proporciona información adicional sobre qué tipo de servicios están cubiertos dentro y fuera de la red. Llame al Servicio para los miembros al 1-800-815-0000 si necesita ayuda para encontrar un proveedor fuera de la red. Atendemos de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-662-1220.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica
--

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

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP.
- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Llame al número del Servicio para los miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento.

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

Algunas veces puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

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

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

Sección 3.2	Cómo puede obtener atención ante una necesidad urgente de recibir atención
--------------------	---

¿Qué es “atención de urgencia”?

La “atención de urgencia” se refiere a una enfermedad o lesión imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. La atención de urgencia puede ser brindada por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser una exacerbación imprevista de una enfermedad conocida que tiene.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Usted puede recibir atención de urgencia de cualquier proveedor que acepte la asignación de Medicare.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

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

Nuestro plan no cubre la atención de urgencia ni ningún otro tipo de atención que no sea de emergencia si la recibe fuera de los Estados Unidos.

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

Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos
--------------------	--

Si pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2	¿Qué debería hacer en el caso de los servicios que no cubre nuestro plan?
--------------------	--

GuildNet Health Advantage cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, se encuentran en la Tabla de beneficios del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen conforme a las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los

servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, puede ponerse en contacto con el Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Servicio para los miembros.

Si el servicio no se encuentra en la Tabla de beneficios, es posible que esté cubierto por el programa de pago por servicio de Medicaid. Debe consultar con su proveedor antes de recibir estos servicios y debe mostrar su tarjeta de Medicaid. También debe seguir todas las normas de Medicaid para obtener el servicio.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “estudio clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el

estudio solo si cumple con los requisitos del estudio, y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan lo apruebe. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica**. A continuación, le explicamos por qué es necesario que nos avise:

1. Podemos decirle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
2. Podemos comentarle cuáles serán los servicios que recibirá de los proveedores del estudio de investigación clínica en lugar de que se los brinde el plan.

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como sucede con todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de

resúmenes de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibía como parte del estudio. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará ninguna de las siguientes opciones:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, en forma gratuita.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola tomografía.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?
--------------------	---

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

Sección 6.2	¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan?
--------------------	---

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que “no esté exceptuado”.

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

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en su hogar, el plan cubrirá estos servicios solo si su afección normalmente cumpliría con las condiciones para la cobertura de servicios prestados por agencias de atención médica a domicilio que no sean instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes hospitalizados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada; y
 - debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, o de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Su hospital o centro de atención de enfermería especializada estarán cubiertos como se describe en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. La cobertura para este beneficio es ilimitada.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

Se consideran equipos médicos duraderos los siguientes: suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para uso en el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, son siempre propiedad de la persona inscrita. En esta sección, encontrará información sobre otros tipos de equipos médicos duraderos que deben ser alquilados.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de equipos médicos duraderos pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de GuildNet Health Advantage, por lo general, no tendrá posesión de los artículos de equipos médicos duraderos alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la posesión del equipo médico duradero. Comuníquese con el Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

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

Si cambia a Original Medicare después de ser un miembro de nuestro plan: si no obtuvo la posesión de los equipos médicos duraderos mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo mientras esté en Original Medicare para tener la posesión del artículo. Sus pagos anteriores, mientras estaba en el plan, no se considerarán para los 13 pagos consecutivos.

Si realizó pagos por el equipo médico duradero en Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, estos pagos anteriores de Original Medicare tampoco se tendrán en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 pagos consecutivos para el artículo en Original Medicare para obtener la posesión. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

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

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos..... 47

 Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos.....47

**SECCIÓN 2 Utilice la Tabla de beneficios para averiguar qué es lo que
 está cubierto..... 47**

 Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan.....47

SECCIÓN 3 ¿Qué beneficios no cubre el plan? 73

 Sección 3.1 Beneficios que *no* cubre el plan (exclusiones).....73

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios que proporciona una lista de los servicios cubiertos como miembro de GuildNet Health Advantage. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios. Los servicios cubiertos por Medicaid se explican en el Manual del miembro de GuildNet Health Advantage.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos
--

Debido a que usted obtiene asistencia de Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando respete las normas del plan para recibir atención. (Para obtener más información sobre las normas del plan para recibir atención, consulte el Capítulo 3.)

SECCIÓN 2 Utilice la Tabla de beneficios para averiguar qué es lo que está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan
--

La Tabla de beneficios que se incluye en las próximas páginas detalla los servicios que cubre GuildNet Health Advantage. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare y Medicaid deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe sus servicios de Medicaid por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor de Medicaid que no pertenezca a la red. En el Capítulo 3 se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores que no pertenezcan a la red.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados con *itálica* en la Tabla de beneficios.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios



durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2013, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



No paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura mencionados anteriormente.







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




Tabla de beneficios

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si lo remiten para hacerse esta prueba como consecuencia de los resultados de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro para cuya afección médica se contraindica cualquier otro medio de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) o si está autorizado por el plan. • El transporte en ambulancia, si no se trata de una emergencia, es adecuado si se documenta que la afección del miembro es tal que se contraindica cualquier otro medio de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. 	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia</p>
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez al año.</p> <p>Nota: su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. No obstante, no es necesario haber realizado la consulta “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para consultas anuales de bienestar.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>


Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: <i>procedimientos</i> para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca dentro y fuera de la red:</p> <p>Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca dentro de la red:</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i></p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura</p>


Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
	doble
 <p>Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo bien.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>
 <p>Prueba para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses)</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>
 <p>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou y está en edad de procrear: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de quiropráctica.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> después de la 8.^a consulta</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Análisis de sangre oculta en la materia fecal cada 12 meses. <p>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>
<p>Servicios odontológicos</p> <p>Cubrimos servicios odontológicos cubiertos por Medicaid que incluyen atención odontológica preventiva, profiláctica y de rutina de otro tipo, servicios y suministros de prótesis dentales para aliviar una afección médica grave. Servicios odontológicos de cirugía ambulatoria o para pacientes internados (cuando está cubierto por Medicare).</p> <p>Los servicios odontológicos son cubiertos por Medicaid solo para los</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Se puede requerir</p>


Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>residentes de la ciudad de Nueva York. Los residentes de los condados de Nassau y Suffolk no tienen cobertura</p> <p>Los servicios odontológicos cubiertos por Medicare tienen cobertura para todos los miembros.</p>	<p><i>autorización previa</i></p>
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones y tratamiento de seguimiento.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La capacitación para lograr un autocontrol de la enfermedad está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos. 	
<p>Equipos médicos duraderos y suministros relacionados</p> <p>(En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “equipos médicos duraderos”).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, silla de ruedas, muletas, camas de hospital, bombas para infusión intravenosa (IV), equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los equipos médicos duraderos que sean médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Se puede requerir <i>autorización previa</i></p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.</p> <p>Cobertura internacional.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haberse estabilizado su condición de emergencia, debe recibir la atención para pacientes internados en el hospital</p>


Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
	fuera de la red autorizado por el plan.
 <p>Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Educación y asesoramiento de profesionales de salud.</p> <p>Este plan cubre los siguientes beneficios de programas educativos sobre salud y bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiales educativos impresos sobre la salud, que incluyen boletines informativos. • Formación nutricional. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>
<p>Servicios auditivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por el proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. • Servicios y productos auditivos médicamente necesarios para aliviar la pérdida o deterioro de la audición. Esto incluye la selección, adaptación y entrega de audífonos, las evaluaciones de ajuste, y las recetas médicas de audífonos, y productos de ayuda para la audición, incluidos audífonos, baterías para audífonos, moldes auriculares, accesorios especiales y piezas de repuesto. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>
<p>Atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. • Servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicaid que incluyen la prestación de servicios especializados no cubiertos por Medicare o servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio según lo requiera un plan de atención aprobado y desarrollado por una agencia de atención médica a domicilio certificada. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i></p>
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p>	<p>Cuando se inscribe en un</p>


Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor.• Atención de alivio a corto plazo.• Atención en el hogar. <p><u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su enfermedad terminal:</u> si necesita servicios que no sean de atención de urgencia o de emergencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su enfermedad terminal, el costo para estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). <p><u>Para los servicios cubiertos por GuildNet Health Advantage pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> GuildNet Health Advantage seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p>Nota: si necesita atención médica que no sea en un hospicio, (atención que no está relacionada con su enfermedad terminal), debería contactarnos para coordinar los servicios. Obtener atención médica</p>	<p>programa de hospicios certificados por Medicare, Original Medicare, y no GuildNet Health Advantage, paga los servicios del hospicio y sus servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su enfermedad terminal.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>fuera del hospicio a través de los proveedores de la red reducirá su parte de los costos por el servicio.</p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios de la Parte B. cubiertos por Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales una vez por año en el otoño o el invierno. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.</p>	
<p>Atención para pacientes internados</p> <p>Los servicios para pacientes internados están cubiertos los 365 días del año.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p> <p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> para la atención de pacientes internados en un hospital que no sea de emergencia</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>lenguaje.</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados.• En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la evaluación de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante.• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite.• Servicios médicos. <p>Nota: para ser un paciente internado, su proveedor deberá redactar la orden de admisión hospitalaria formal. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!” La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en: http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención psiquiátrica para pacientes internados</p> <ul style="list-style-type: none">Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención psiquiátrica que requieren hospitalización. La atención psiquiátrica para pacientes internados está cubierta los 365 días del año.	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> para la atención psiquiátrica para pacientes internados que no sea de emergencia. Llame a ValueOptions al 1-866-318-7595</p>
<p> Servicios de terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante cuando el médico así lo indique.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>


Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	
<p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p>
<ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes externos o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio.• Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.• Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.• Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano.• Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.• Antígenos.• Determinados fármacos para el tratamiento del cáncer y las náuseas.• Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis como Procrit®.• Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.	<p>Copago de \$0</p>
	<p>Beneficio cubierto por Medicare</p>
	<p>Se requiere <i>autorización previa</i></p>
<p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.</p>	



Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite. La cobertura del almacenamiento y administración comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> para imágenes por resonancia magnética (IRM), angiografía por resonancia magnética (ARM), tomografía axial computarizada(CT), tomografía por emisión de positrones (PET), estudios de imagen de medicina nuclear y exámenes genéticos</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos.</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención psiquiátrica, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos servicios preventivos y pruebas de detección. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar. <p>Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!” La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en: http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Se puede requerir <i>autorización previa</i></p>
<p>Atención psiquiátrica para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de psiquiatría prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el Estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención psiquiátrica calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> después de la</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
	primera consulta Llame a ValueOptions al 1-866-318-7595
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés).</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> para los servicios del CORF</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> después de la primera consulta en el año calendario para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos</p> <p>Sesiones grupales e individuales</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> después de la primera consulta</p> <p>Llame a ValueOptions al 1-866-318-7595</p>


Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en instalaciones hospitalarias y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Se puede requerir <i>autorización previa</i></p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado en un entorno de paciente externo en un hospital o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que el que se brinda en el consultorio de un médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i></p> <p>Llame a ValueOptions al 1-866-318-7595</p>
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Segunda opinión antes de una cirugía. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p>


Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). Un examen físico de rutina por año 	
<p>Servicios de podiatría.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. Cuidado de los pies médicamente necesario. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p>
<p> Exámenes para detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tacto rectal. Análisis del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés). 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p>


Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</p>	<p>Se requiere <i>autorización previa</i></p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) de moderada a severa y tienen un orden del médico que atiende la enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i></p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS.</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	<p>Medicare</p>
<p>Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicio educativo sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte</p>	

Dentro de la red:
 Copago de \$0
 Beneficio de cobertura doble

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>B, consulte la sección que aparece debajo: “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</p>	
<p>Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</p> <p>(En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF” por sus siglas en inglés.)</p> <p>La atención en un centro de atención de enfermería especializada está cubierta los 365 días del año. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. 	
<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i></p>	
<p> Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco)</p>	

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p>Puede solicitar sesiones adicionales si las sesiones iniciales no fueron efectivas.</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p>
<p>Atención de urgencia</p> <p>La “atención de urgencia” es la atención brindada para tratar una enfermedad o lesión imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. La atención de urgencia puede ser brindada por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.</p> <p>Cobertura nacional</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p>
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, como las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas y los afroamericanos de 50 años o más: 	<p>Dentro de la red: Copago de \$0</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p> <p>Llame a Davis Vision al</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>pruebas de detección de glaucoma una vez al año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). Lentes correctivas/monturas (y reemplazos) que deben usarse después de la extracción de cataratas en la que no se implanta una lente. • Un par de anteojos o lentes de contacto para un año cubiertos por Medicaid. Un segundo par de anteojos o lentes de contacto para un año hasta \$200 en Davis Vision. • Dispositivos de ayuda y servicios para la visión escasa. • Un examen de rutina de la vista por año. 	<p>1-800-999-5431</p>
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele a la secretaria del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare</p> <p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p>
<p>Beneficios adicionales</p>	
<p>Servicios odontológicos</p> <p>Cubrimos servicios odontológicos cubiertos por Medicaid que incluyen atención odontológica preventiva, profiláctica y de rutina de otro tipo, servicios y suministros de prótesis dentales para aliviar una afección médica grave. Servicios odontológicos de cirugía ambulatoria o para pacientes internados (cuando está cubierto por Medicare).</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios odontológicos cubiertos por Medicaid tienen cobertura por GuildNet Health Advantage solo para los residentes de la ciudad de Nueva York. Los servicios de transporte cubiertos por Medicaid tienen cobertura con el pago por servicio de Medicaid solo para los residentes de los condados de Nassau y Suffolk.</p> <p>Los servicios odontológicos cubiertos por Medicare tienen cobertura para todos los miembros.</p>	<p>Se puede requerir <i>autorización previa</i></p>
<p>Los suministros médicos o quirúrgicos no están cubiertos por Medicare</p> <p>Los artículos de uso médico, que no sean medicamentos, dispositivos protésicos u ortésicos, equipos médicos duraderos o calzado ortopédico para tratar una enfermedad específica y que son generalmente consumibles, no reutilizable, desechable, para un fin específico y generalmente no tiene valor recuperable. Incluye guantes, protectores absorbentes, fórmulas y suplementos enterales y parenterales y baterías para audífonos.</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i></p>
<p>Servicio de enfermería privada</p> <p>Servicios de enfermería privada brindados por una persona con licencia y registro vigente del Departamento de Educación del Estado de Nueva York para ejercer como enfermera profesional certificada o una enfermera práctica con licencia. Los servicios de enfermería privada pueden brindarse a través de una agencia de atención médica en el hogar certificada, una agencia de atención en el hogar con licencia o un médico privado. El lugar para los servicios de enfermería debe ser el hogar del miembro.</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i>. Comuníquese con el plan para detalles</p>
<p>Transporte (rutina)</p> <p>Transporte que necesita para obtener la atención médica necesaria y los servicios cubiertos por el plan o por el servicio de pago por servicio de Medicaid. Incluye ambulette/camioneta para discapacitados, taxi, servicio de alquiler de vehículos, transporte público y otros medios apropiados para su afección médica y un asistente de transporte para</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>acompañarlo, de ser necesario.</p> <p>Los servicios de transporte cubiertos por Medicaid tienen cobertura por GuildNet Health Advantage solo para los residentes de la ciudad de Nueva York. Los servicios de transporte cubiertos por Medicaid tienen cobertura con el pago por servicio de Medicaid solo para los residentes de los condados de Nassau y Suffolk.</p>	<p>Se requiere <i>autorización previa</i>. Comuníquese con el plan para detalles</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué beneficios no cubre el plan?

Sección 3.1 Beneficios que *no* cubre el plan (exclusiones)

En esta sección se describen los tipos de beneficios que se “excluyen”. El término “excluyen” significa que el plan no brinda cobertura para estos beneficios. En algunos casos, Medicaid cubre los productos y servicios que se excluyen de Medicare. Para obtener más información sobre los beneficios de Medicaid, llame al Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

La lista detallada más abajo describe algunos servicios y productos que no cubre el plan en ninguna circunstancia, y algunos otros que el plan excluye solo en determinadas condiciones específicas. La lista también le indica si el servicio o el artículo está cubierto por Medicaid.

No pagaremos los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (ni en ninguna otra parte de este folleto). Original Medicare o Medicaid tampoco los pagarán. La única excepción es la siguiente: si en una apelación respecto de un beneficio de la lista de exclusión se determina que se trataba de un beneficio médico que deberíamos haber pagado o que debería haber estado cubierto, teniendo en cuenta su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios o en cualquier otra parte de esta *Evidencia de cobertura*, **los siguientes productos y servicios no están cubiertos por Original Medicare:**

- Servicios que no se consideren razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare, a menos que dichos servicios figuren en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Original Medicare o un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3). Productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, salvo cuando se considere médicamente necesario y Original Medicare lo cubra.
- Habitación privada en un hospital, salvo cuando se considere médicamente necesario.
- El personal de enfermería particular **está** cubierto por nuestro plan como beneficio de Medicaid.
- Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.
- El cuidado asistencial es la atención brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; es decir, el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana como bañarse o vestirse.
- Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluidas tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.
- Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia.
- Comidas entregadas en su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (incluida pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, anti envejecimiento y rendimiento mental), salvo cuando se consideren médicamente necesarios.
- Cirugía o procedimientos estéticos, a menos que se trate de una lesión accidental o para mejorar una deformidad del cuerpo. No obstante, se cubren todas las fases de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.
- Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras **está** cubierta por GuildNet Health Advantage en la Ciudad de Nueva York. En los condados de Nassau y Suffolk, está cubierta por el pago por servicio de Medicaid. No obstante, es posible que se cubra la atención odontológica que no sea de rutina para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes hospitalizados o externos.
- Atención quiropráctica que no sea la manipulación manual de la columna de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.

- Cuidado de rutina de los pies, salvo por la cobertura que se brinda de conformidad con las pautas de Medicare y Medicaid.
- Zapatos ortopédicos, a menos que formen parte de una pierna ortopédica y se incluyan en el costo de la pierna, o que los zapatos sean para una persona que padece pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, a excepción de zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético. Algunos dispositivos adicionales **están** cubiertos por el beneficio de Medicaid.
- Exámenes de auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos **están** cubiertos por Medicaid.
- La queratotomía radial y la cirugía LASIK no están cubiertas. Los anteojos, los exámenes de la vista de rutina, el tratamiento de la vista y otros dispositivos de ayuda para personas con escasa visión **están** cubiertos por nuestro plan como un beneficio de Medicaid. También se brinda cobertura para anteojos después de una cirugía de cataratas.
- Procedimientos para invertir la esterilización, operaciones de cambio de sexo y suministro de anticonceptivos sin receta.
- Acupuntura.
- Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés). No obstante, cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA es superior al costo compartido en virtud de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Los miembros siguen siendo responsables de nuestros montos de costo compartido.

El plan no cubrirá los servicios excluidos que se detallan arriba. Incluso si recibe los servicios en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos.

Servicios cubiertos por Medicaid

Consulte el Manual del miembro de GuildNet Health Advantage para consultar la lista de servicios que se seguirán cubriendo con el programa de pago por servicio de Medicaid.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	79
Sección 1.1	En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D	79
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D	80
SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	80
Sección 2.1	Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red	80
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red	81
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan.....	82
Sección 2.4	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	82
Sección 2.5	Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan	83
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	84
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.....	84
Sección 3.2	Hay cuatro “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos	85
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?.....	85
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	85
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	85
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?.....	86

Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....	87
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?	88
Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera	88
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?	89
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?	91
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	92
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año	92
Sección 6.2	¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?	92
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?.....	93
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	93
SECCIÓN 8	Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta.....	95
Sección 8.1	Muestre la tarjeta de miembro	95
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?.....	95
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	95
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?	95
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo?	96
Sección 9.3	¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?	96

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad de los fármacos y el manejo de los medicamentos.....	97
Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos con seguridad.....	97
Sección 10.2 Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	98



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

Dado que usted es elegible para Medicaid, califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de Ayuda adicional, **es posible que haya información que no aplique para usted en la *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D***. Si participa en el Programa de ayuda adicional, **es posible que alguna parte de la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D en esta *Evidencia de cobertura* no se aplique a su caso**. Le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Servicio para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los miembros).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D
--------------------	--

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. El próximo capítulo describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6 titulado *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, GuildNet Health Advantage también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan:

- El plan cubre los medicamentos que le dan durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto*), se detallan los beneficios de los medicamentos durante las estadías cubiertas en el hospital o centro de atención de enfermería especializada.
- La Parte B de Medicare también brinda beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen determinados medicamentos para quimioterapia,

ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto*), se detalla la cobertura para los medicamentos de la Parte B.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de Medicaid cubren algunos medicamentos con receta. Puede obtener información adicional sobre la cobertura para medicamentos de Medicaid en el Manual del miembro de Medicaid Advantage de GuildNet Health Advantage.

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

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico u otra persona autorizada) para dar recetas. (Para obtener más información, consulte la Sección 2, *Un proveedor de la red debe emitirle las recetas*).
- Debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 3, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 4, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 4).

SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan
------------------	--

Sección 2.1	Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red
--------------------	--

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos las recetas que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 3.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los

medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.guildnetny.org) o llamar al Servicio para los miembros (en la portada posterior encontrará impresos los números de teléfono). Elija la alternativa que le resulte más fácil.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si estaba usando una farmacia de la red pero ha cambiado, y tiene que volver a obtener un medicamento que estaba tomando, puede pedirle al médico que le extienda una nueva receta o que se transfiera su receta a la nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.guildnetny.org.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo. Por lo general, los centros de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia) tienen su propia farmacia. Las personas que residen en estos centros pueden obtener los medicamentos con receta en la farmacia del centro solo si dicha farmacia forma parte de la red. Si la farmacia de atención a largo plazo no pertenece a la red, póngase en contacto con el Servicio para los miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.

- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos disponibles de pedido por correo son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada. Los medicamentos disponibles a través de nuestro servicio de pedidos por correo son marcados como **medicamentos para “pedidos por correo”** en nuestra Lista de medicamentos. Nuestro servicio de pedidos por correo le permite solicitar **un suministro de hasta 90 días**.

Para obtener información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo:

- Visite nuestro sitio web en www.guildnetny.org.
- Llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están en la portada posterior del folleto).

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo. Si su medicamento no llega a tiempo, puede llamar a su médico y pedirle una receta para su farmacia local y llamar al Servicio para los miembros. GuildNet le ayudará a obtener los medicamentos con receta en el área.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada).

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias* se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio para los miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través de nuestro servicio de pedido por correo están marcados como **medicamentos para “pedidos por correo”** en

nuestra Lista de medicamentos. Nuestro servicio de pedidos por correo le permite solicitar un suministro de hasta 90 días. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 3.3.

Sección 2.5	Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan
--------------------	---

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan las 24 horas dentro de una distancia razonable en auto.
- Si intenta obtener un medicamento con receta que no se encuentra regularmente en existencia en farmacias accesibles de la red o que brinden servicio de pedido por correo (incluidos los medicamentos únicos más costosos).
- Si se le administra una vacuna que es médicamente necesaria pero que no está cubierta por la Parte B de Medicare o ciertos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio de su médico.

En estos casos, **primero consulte con el Servicio para los miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los miembros).

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo obtenga (en lugar de pagar la parte del costo que habitualmente le corresponde). Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos
--

El plan cuenta con una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de cobertura*, la denominamos la “**Lista de medicamentos**” para abreviarla.

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

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso del medicamento *ya sea que*:

- esté aprobado por la FDA. (Es decir que la FDA aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado),
- o esté avalado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX y el USPDI o su sucesor).

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Lo que *no* se incluye en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 8.1 de este capítulo).

- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista un medicamento en particular.

Sección 3.2 Hay cuatro “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cuatro niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1: medicamentos genéricos
- Nivel 2: medicamentos de marca preferidos
- Nivel: medicamentos no preferidos
- Nivel: medicamentos especializados

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

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

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

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
2. Visite el sitio web del plan (www.guildnetny.org). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Servicio para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los miembros).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales

también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual le ayuda a mantener la cobertura de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y efectivo. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarle a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y la distribución de costos de los medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de apelaciones formales para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si el proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico *O* a escrito “sin sustitución” en la receta para un medicamento de marca, *O* nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”. A veces, el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo incentiva a utilizar medicamentos menos costosos pero igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **“tratamiento escalonado”**.

Límites de cantidades

Limitamos la cantidad que puede obtener de determinados medicamentos. Por ejemplo, el plan podría limitar cuántos resurtidos se pueden obtener, o qué cantidad de un medicamento puede obtener cada vez que resurta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

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

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior) o visite nuestro sitio web (www.guildnetny.org).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con el Servicio para los miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de apelaciones formales para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera
--

Supongamos que hay un medicamento con receta que está tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomándolo. Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero es posible que pueda tener un problema. Por ejemplo:

- **¿Qué sucede si el medicamento que quiere tomar no está cubierto por el plan?** Por ejemplo, el medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- **¿Qué sucede si el medicamento está cubierto, pero se aplican otras normas o restricciones respecto de la cobertura de ese medicamento?** Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, le podrían pedir que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar. También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted. Por ejemplo: podría querer que el plan cubra un medicamento determinado para usted sin tener que estar probando otros medicamentos primero. O puede querer que le cubramos más de un medicamento (cantidad de píldoras, etc.) de lo que cubrimos normalmente.
- **¿Qué sucede si se cubre el medicamento, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser?** El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los cuatro diferentes niveles de costo compartido. El monto que pague por su medicamento con receta depende en parte del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 6.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 6.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

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

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar la solicitud para que se le cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Para calificar para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

1). El cambio a su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- El medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 5 de este capítulo se explican las restricciones).

2). Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para los miembros que estuvieron en el plan el año pasado y no están en un centro de atención a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento **solo una vez durante los primeros 90 días del año calendario.** Este suministro temporal será para un suministro máximo de 30 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red.

- **Para los miembros que son nuevos en el plan y no están en un centro de atención a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento **solo una vez durante los primeros 90 días de su membresía** en el plan. Este suministro temporal será para un suministro máximo de 30 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red.

- **Para los miembros que son nuevos en el plan y residen en un centro de atención a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía** en el plan. El primer suministro será para un suministro máximo de 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. Si es necesario, cubriremos resurtidos adicionales durante sus primeros 90 días en el plan.

- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y son residentes en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal para atención a largo plazo.

- Si usted es un miembro actual de nuestro plan y experimenta un cambio en su nivel de atención, como un ingreso o un alta del centro de cuidados a largo plazo, podrá solicitar una reposición “temprana” de sus medicamentos, según sea necesario, para ayudar con la transición a su nuevo nivel de atención.

Para pedir un suministro temporal, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior del folleto).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los miembros).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su médico puede ayudarlo a

solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 dice qué hacer. Explica los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?
--------------------	---

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los miembros).

Puede solicitar una excepción

Para medicamentos en el Nivel 3, usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su médico puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 dice qué hacer. Explica los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

Los medicamentos en algunos de nuestros niveles de costo compartido no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el monto del costo compartido para medicamentos en el Nivel 4 de medicamentos especializados.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer muchos tipos de cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Nuevos medicamentos que ahora están disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno da su aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. Algunas veces, un fármaco es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 5 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

En casi todos los casos, debemos obtener la aprobación de Medicare para los cambios que hagamos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?
--

¿Cómo saber si la cobertura de un medicamento ha cambiado?

Si hay alguna modificación en la cobertura *para un medicamento que está tomando*, el plan le enviará un aviso para comunicarle dicho cambio. Habitualmente, **le avisaremos con al menos 60 días de anticipación.**

De vez en cuando, algún medicamento debe **retirarse del mercado repentinamente** porque se descubre que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista. Le informaremos este cambio de inmediato. Su proveedor también estará enterado de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su afección.

¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?

Si alguno de los siguientes tipos de cambios afecta a algún medicamento que esté tomando, el cambio no le afectará hasta el 1 de enero del próximo año si se mantiene en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista, pero no a causa de un retiro repentino ni debido a que ha sido sustituido por un medicamento genérico nuevo.

Si cualquiera de estos cambios le sucede a un medicamento que esté tomando, entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente.

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

- Si un **medicamento de marca que está tomando es sustituido por un nuevo medicamento genérico**, el plan debe darle por lo menos 60 días de aviso o suministrarle un resurtido de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
 - Durante este período de 60 días, usted debe trabajar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
 - O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y siga cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).
- De nuevo, si un medicamento es **retirado del mercado repentinamente** porque se ha descubierto que no es seguro o por otras razones, el plan lo eliminará de la Lista inmediatamente. Le informaremos este cambio de inmediato.
 - Su proveedor también estará enterado de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su afección.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. La única excepción es la siguiente: que se determine que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9 de este folleto). Si el medicamento excluido por nuestro plan también es excluido por Medicaid, deberá pagarlo usted mismo.

A continuación, tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).
 - En general, la cobertura del “uso para una indicación no autorizada” solo se permite cuando esté sustentada por libros de referencia específicos. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX y el USPDI o su sucesor. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso para una indicación no autorizada”.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertas por Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.
- Barbitúricos, excepto cuando se utilicen para tratar la epilepsia, el cáncer o un trastorno mental crónico.

Algunos de estos medicamentos excluidos están cubiertos por Medicaid de Nueva York. Medicaid cubre barbitúricos, benzodiazepinas, algunas vitaminas con receta y algunos medicamentos y artículos sin receta. Estos son medicamentos, artículos de farmacia y vitaminas que no tienen cobertura de la Parte B o D del plan. Debe tener una receta válida y

debe utilizar la tarjeta de Medicaid para obtener estos artículos en cualquier farmacia participante de Medicaid. Consulte su Manual del miembro de Medicaid Advantage de GuildNet Health Advantage para obtener información adicional.

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan la parte que *nos corresponde* de los costos de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su receta.

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

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de resurtir su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Después **puede pedir que le reembolsemos** la parte del costo que nos correspondía. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo?

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

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con el Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El primer suministro será para un suministro máximo de 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. Si es necesario, cubriremos resurtidos adicionales durante sus primeros 90 días en el plan.

Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción sobre la cobertura para este medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

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

Si la cobertura del plan del grupo es “**acreditable**”, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

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

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

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos con seguridad
--

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que están recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

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

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

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

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros miembros en situaciones especiales. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias afecciones médicas complejas o deben tomar muchos medicamentos al mismo tiempo, o los costos de sus medicamentos podrían ser muy elevados.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron los programas para nosotros. Los programas pueden ayudar a asegurar que nuestros miembros estén utilizando los medicamentos que funcionan mejor para tratar su afección médica y nos ayudan a identificar posibles errores de medicación.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con el Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	101
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explique la cobertura para medicamentos	101
Sección 2	El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento	102
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de GuildNet Health Advantage?	102
Sección 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....	104
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios” (EOB, por sus siglas en inglés)	104
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos	104
SECCIÓN 4	No hay etapa del deducible para GuildNet Health Advantage	105
Sección 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte	106
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde los obtiene	106
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro para un <i>mes</i> de un medicamento	107
Sección 5.3	Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días)	109
Sección 5.4	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el costo total anual de sus medicamentos alcance los \$2,970	110

Sección 5.5	Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta	111
SECCIÓN 6	No hay etapa de período sin cobertura para GuildNet Health Advantage.....	114
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga todos los costos de sus medicamentos.....	114
Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año	114
Sección 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene	115
Sección 8.1	Nuestro plan tiene cobertura separada para el medicamento de las vacunas en sí y para el costo de la administración de la vacuna.....	115
Sección 8.2	Usted puede llamar al Servicio para los miembros antes de someterse a una vacunación.....	116



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

Dado que usted es elegible para Medicaid, califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Debido a que participa en el programa de Ayuda adicional, **hay información que no aplica para usted en la Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Servicio para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los miembros).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explique la cobertura para medicamentos
--------------------	--

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Tal como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos están cubiertos por la Parte D; algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare o por Medicaid.

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.** Para simplificar las cosas, a esto lo denominamos la “Lista de medicamentos”.
 - Esta Lista indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - También le dice en cuál de los cuatro “niveles de costo compartido” se incluye el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en

www.guildnetny.org. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5 se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de proveedores y farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). En el *Directorio de proveedores y farmacias* encontrará una lista de las farmacias de la red del plan. También le explica qué farmacias de su nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de GuildNet Health Advantage?
--

Tal como se muestra en la siguiente tabla, hay “etapas de pago de los medicamentos” para su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare en virtud de GuildNet Health Advantage. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que surta o resurta una receta.

<p><i>Etapa 1</i> <i>Etapa del deducible anual</i></p>	<p><i>Etapa 2</i> <i>Etapa de cobertura inicial</i></p>	<p><i>Etapa 3</i> <i>Etapa del período sin cobertura</i></p>	<p><i>Etapa 4</i> <i>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</i></p>
<p>Si usted recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.</p> <p>(Puede ver los detalles en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Comienza en esta etapa cuando obtiene la primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que los “costos totales de los medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan) alcancen los \$2,970.</p> <p>(Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Si usted recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.</p> <p>(Puede ver los detalles en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2013).</p> <p>(Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo).</p>

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios” (EOB, por sus siglas en inglés)
--

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina costo **“que paga de su bolsillo”**.
- Llevamos un registro de sus **“costos totales de medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés) cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a lo largo del plan durante el mes anterior. Esto incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos
--

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos que se están surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.
- **Se asegure de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los

costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague el medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tenemos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
- **Nos envíe la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA, por el Servicio de salud para la población india estadounidense y por la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
 - **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba por correo la *Explicación de beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés), léala para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Constituyen un registro importante sobre sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 No se aplican deducibles para GuildNet Health Advantage

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

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte, que es su copago. La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene 4 niveles de costo compartido.

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1: medicamentos genéricos
- Nivel 2: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 3: medicamentos no preferidos
- Nivel 4: medicamentos especializados

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

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista de la red de nuestro plan.
- Una farmacia minorista que no es de la red de nuestro plan.
- Una farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro para un mes de un medicamento
--------------------	---

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

- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que está su medicamento. Tenga en cuenta que:

- Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.
- Cubrimos recetas presentadas en farmacia fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta presentada en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 3.5 del Capítulo 5.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes (o menos)* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D de:

	Una farmacia de la red (hasta 30 días de suministro)	El servicio de pedido por correo del plan (hasta 90 días de suministro)	Farmacia de atención a largo plazo de la red (hasta 31 días de suministro)	Una farmacia fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta 30 días de suministro)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos)	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$1.15 \$2.65	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$1.15 \$2.65	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$1.15 \$2.65	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$1.15 \$2.65
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$1.15 \$2.65	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$1.15 \$2.65	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$1.15 \$2.65	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$1.15 \$2.65
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$3.50 \$6.50	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$3.50 \$6.50	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$3.50 \$6.50	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$3.50 \$6.50

	Una farmacia de la red (hasta 30 días de suministro)	El servicio de pedido por correo del plan (hasta 90 días de suministro)	Farmacia de atención a largo plazo de la red (hasta 31 días de suministro)	Una farmacia fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta 30 días de suministro)
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos especializados)	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$3.50 \$6.50	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$3.50 \$6.50	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$3.50 \$6.50	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$3.50 \$6.50

Sección 5.3 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a largo plazo (hasta 90 días)

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. (Para más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de hasta 90 días de un medicamento.

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de la Parte D en:

	Una farmacia de la red (hasta 90 días de suministro)	El servicio de pedido por correo del plan (hasta 90 días de suministro)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos)	Copago de cualquiera de los 3	Copago de cualquiera de los 3 \$0

	Una farmacia de la red (hasta 90 días de suministro)	El servicio de pedido por correo del plan (hasta 90 días de suministro)
genéricos)	\$0 \$1.15 \$2.65	\$1.15 \$2.65
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$1.15 \$2.65	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$1.15 \$2.65
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$3.50 \$6.50	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$3.50 \$6.50
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos especializados)	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$3.50 \$6.60	Copago de cualquiera de los 3 \$0 \$3.50 \$6.60

Sección 5.4 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el costo total anual de sus medicamentos alcance los \$2,970

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue al **límite de \$2,970 para la Etapa de cobertura inicial.**

El costo total del medicamento se basa en la suma de lo que ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 6.2). Esto incluye:

- El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D, en cualquier momento en 2013, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

La *Explicación de beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan han gastado en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al límite por año de \$2,970.

Le haremos saber cuando llegue al monto de \$2,970. Si llega a esta cantidad, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de la cobertura en situaciones catastróficas.

Sección 5.5	Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta
--------------------	---

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando llegue al límite de \$4,750 de lo que paga de su bolsillo, usted sale de la Etapa de cobertura inicial y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los gastos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

*Estos pagos **están incluidos** en los costos que paga de su bolsillo*

*Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **usted puede incluir** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):*

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como un miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúa **otro individuo u organización** en nombre suyo. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa “Ayuda adicional” de Medicare.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado un total de \$4,750 por los costos que paga de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

*Estos pagos **no se incluyen** en los costos que paga de su bolsillo*

Cuando suma los gastos que debe pagar de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos con receta:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por las Parte A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para los medicamentos genéricos mientras estaba en el Período sin cobertura.
- Pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, un seguro de indemnización por accidentes laborales).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de los costos para medicamentos que paga de su bolsillo, debe comunicárselo a nuestro plan. Llame al Servicio para los miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

¿Cómo se puede llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés) que le enviamos incluye la cantidad actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 del presente capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo el total de \$2,970 para el año, este informe le explicará que ha pasado de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurar que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

Sección 6 Usted no tiene un período sin cobertura para sus medicamentos de la Parte D

Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos. Usted paga \$0 por sus medicamentos.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga todos los costos de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año
--

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de \$4,750 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos. Usted paga \$0 por sus medicamentos.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 8.1 Nuestro plan tiene cobertura separada para el medicamento de las vacunas en sí y para el costo de la administración de la vacuna
--

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

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina “administración” de la vacuna).

¿Qué es lo que paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna depende de tres elementos:

- 1). El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)*.
- 2). Dónde obtiene la medicación de la vacuna.**
- 3). Quién le administra la vacuna.**

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

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la medicación de la vacuna en sí como de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando recibe la medicación de la vacuna o la administración de esta, tendrá que pagar solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, hay tres formas comunes de cómo podría recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

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

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

Situación 2: la vacuna de la Parte D se le administrará en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.
- Entonces podrá pedirle al plan que le reembolse nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de medicamentos o servicios médicos cubiertos*).
- A usted se le reembolsará la parte del costo que nos corresponde pagar.

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administra la vacuna, usted debe pagar el costo total por este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por administrarle la vacuna.

Sección 8.2	Usted puede llamar al Servicio para los miembros antes de administrarse una vacuna
--------------------	---

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero al Servicio para los miembros cuando esté planeando vacunarse. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los miembros).

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación.

Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo.

Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos	118
Sección 1.1	Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso	118
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	120
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.....	120
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	121
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos	121
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación.....	122
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias.....	122
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo.....	122

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

Sección 1.1 Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso
--

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos. Usted no debe recibir ninguna factura por concepto de servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de los medicamentos y la atención médica que recibió, debe enviarnos esta factura para que podamos realizar el reembolso. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado los servicios o medicamentos cubiertos por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina “reembolso”). Es su derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

Estos son ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

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

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando recibe atención de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red, debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe solicitarnos el reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le haremos el reembolso.

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

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

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe pedirnos que le reembolsemos el costo de sus servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan.

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos el reembolso. Deberá enviarnos la documentación correspondiente para el reembolso.

- Para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud, póngase en contacto con el Servicio para los miembros. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los miembros).

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta.

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (Solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones. Consulte la Sección 3.5 del Capítulo 5 para obtener más información).

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

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan.

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

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

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

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben ser cubiertos. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos la parte que nos corresponde de los costos de los servicios o los medicamentos. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

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

- Usted no tiene que utilizar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.guildnetny.org) o llame al Servicio para los miembros y pida el formulario. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los miembros).

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

GuildNet Health Advantage
c/o EmblemHealth Medicare PPO
P.O. Box 2807
New York, NY 10116-2807

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 60 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica, o bien, si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo de la atención o el medicamento. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explica las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación
--------------------	---

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 5, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 7.5 del Capítulo 9.

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

Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo
--------------------	---

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

A continuación se presenta un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos las copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de

un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta que** puesto que usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, este no pagará ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Puesto que no está solicitando un pago en el caso descrito anteriormente, esta situación no se considera como una decisión de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	125
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)	125
Sección 1.2	Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento.....	125
Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	126
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud.....	126
Sección 1.5	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	127
Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.....	129
Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado	131
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?	131
Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos.....	132
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	132
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	132

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

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Debemos proporcionar información de una manera conveniente para usted (en idiomas distintos del inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.).

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Los materiales escritos también se encuentran disponibles en español, ruso y chino si lo solicita. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, si lo necesita. Si es elegible para recibir Medicare debido a una discapacidad, debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y adecuada para usted.

Si tiene dificultad para obtener información sobre nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o una discapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y dígales que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No hacemos ningún tipo de discriminación** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de derechos civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este

folleto). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio para los miembros puede ayudarlo.

Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (el Capítulo 3 da una explicación más amplia). Llame al Servicio para los miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, la Sección 11 del Capítulo 9 de este folleto le explica lo que puede hacer. (Si ha rechazado la cobertura para su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 5 del Capítulo 9 le explica lo que puede hacer).

Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. El permiso por escrito puede ser dado por

usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.

- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corriamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de salud para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Sección 1.5	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	--

En su condición de miembro de GuildNet Health Advantage, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del inglés y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la

forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare

- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o visitar nuestro sitio web en www.guildnetny.org.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura, y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
 - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se describe qué medicamentos están cubiertos y se explican las normas con las que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le

proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).

- Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica o de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	---

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de salud cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en una de estas situaciones. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan **“instrucciones anticipadas”**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados **“testamento vital”** y **“poder de representación para la atención médica”** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada”, para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede contactar al Servicio para los miembros para pedir estos formularios (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y considera que el médico o el hospital no siguieron las instrucciones consignadas en ese documento, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Nueva York al 1-866-712-7197.

Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas.

Tal como se explicó en el Capítulo 9, lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación, o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

Sección 1.8	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?
--------------------	--

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar al Servicio para los miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 **Cómo obtener más información sobre sus derechos**

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

- Puede **llamar al Servicio para los miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Your Medicare Rights & Protections” (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en Internet en: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112.pdf>).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 **Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

Sección 2.1 **¿Cuáles son sus responsabilidades?**

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** *En esta Evidencia de cobertura aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios.*
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir, y lo que paga.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

- ***Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.*** Llame al Servicio para los miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
 - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina **“coordinación de beneficios”** porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7, Capítulo 1).
- ***Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.*** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D. Muestre su tarjeta Medicaid cada vez que obtenga los servicios que no están cubiertos por el plan pero están cubiertos por el pago por servicio de Medicaid.
- ***Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.***
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporciónese la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluso medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si usted tiene preguntas, no deje de preguntar. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- ***Sea considerado.*** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- ***Pague lo que debe.*** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de GuildNet Health Advantage, Medicaid paga sus primas de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y sus primas de la Parte B. Si Medicaid no paga por usted las primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

- Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija). El Capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
- Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- Si debe pagar el monto adicional por la Parte D porque sus ingresos son más elevados (como se informa en su última declaración de impuestos), debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- ***Díganos si cambia de domicilio.*** *Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior del folleto).*
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
 - **Incluso si se muda dentro del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- ***Llame al Servicio para los miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.*** *También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.*
 - Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar al Servicio para los miembros están impresos en la portada posterior de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

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

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1	Introducción	139
Sección 1.1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja	139
Sección 1.2	Acerca de los términos legales	139
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros	140
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	140
SECCIÓN 3	Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?	141
Sección 3.1	¿Debería usted usar el proceso para los beneficios de Medicare o para los beneficios Medicaid?	141

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4	Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de <u>Medicare</u>	142
Sección 4.1	¿Debería usted usar el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?	142
SECCIÓN 5	Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	143
Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general	143
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación	144
Sección 5.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre <u>su</u> situación?	145

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 145

- Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención146
- Sección 6.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea).....147
- Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)150
- Sección 6.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....154
- Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que paguemos una factura que ha recibido por concepto de atención médica?156

SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... 157

- Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D157
- Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?159
- Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones161
- Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción162
- Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan).....165
- Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....168

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 170

- Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos.....170

Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital.....	172
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital.....	175
Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?.....	176
SECCIÓN 9	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.....	179
Sección 9.1	<i>Esta sección trata <u>solo</u> acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés)</i>	<i>179</i>
Sección 9.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura.....	180
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo.....	181
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo.....	183
Sección 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?.....	184
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	187
Sección 10.1	Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos	187
Sección 10.2	Niveles 3, 4, y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D	189
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	191
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?.....	191
Sección 11.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”	193
Sección 11.3	Paso a paso: Presentación de una queja	194

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la
Organización para la mejora de la calidad195

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja.....195

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

**SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de
Medicaid..... 196**

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende de dos aspectos:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios de **Medicare** o de **Medicaid**. Si necesita ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare, el proceso de Medicaid o ambos, póngase en contacto con el Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
2. El tipo de problema que tenga:
 - Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para presentación de quejas**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la

ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa estatal de asistencia en seguros de salud** (SHIP, por sus siglas en inglés). Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda en el manejo de un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Para obtener más información y ayuda sobre el manejo de un problema, también puede ponerse en contacto con Medicaid llamando al Departamento de Salud de Nueva York al **1-866-712-7197**.

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debería usted usar el proceso para los beneficios de Medicare o para los beneficios Medicaid?

Debido a que usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, cuenta con diferentes procesos que puede usar para manejar un problema o una queja. El proceso que utilice dependerá de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, entonces deberá usar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, entonces deberá usar el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, póngase en contacto con el Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debería leer, consulte la siguiente tabla.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, EMPIECE AQUÍ
--

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid?

(Si necesita ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid, póngase en contacto con el Servicio para los miembros. En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los miembros).

Mi problema es sobre los beneficios de Medicare.	Mi problema es sobre los beneficios de Medicaid.
---	---

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, Sección 4, “Manejo de problemas con sus beneficios de Medicare”.	Vaya a la Sección 12 de este capítulo, “Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid”.
---	---

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debería usted usar el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

Sí.

Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

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

No.

Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

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

SECCIÓN 5 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

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

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Petición de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que reciba atención médica de él/ella o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted presenta una apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es leída por personas diferentes a las que toman la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

Si se rechaza su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización independiente que no está conectada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo comunicaremos. En otras situaciones, usted

nos pedirá una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a varios niveles más de apelación.

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación
--------------------	--

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Nos **puede llamar al Servicio para los miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, póngase en contacto con su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Para los medicamentos con receta de la Parte D**, su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otro proveedor debe ser designado como su “representante”.
- **Su médico** puede realizar una solicitud para su atención médica en su nombre. Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
 - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) y pida el formulario “Nombramiento de representante legal”. (El Formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en: <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en www.guildnetny.org). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de referencia. También existen

grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 5.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre <u>su</u> situación?
--------------------	---

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada uno en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés)).

Si no está seguro cuál sección debe estar usando, llame al Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

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



¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (*Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)?

Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención
--------------------	---

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos son los beneficios que se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

- 1). No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.
- 2). Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.
- 3). Recibió atención o servicios médicos que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
- 4). Recibió atención o servicios médicos, y pagó por ellos, y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.
- 5). Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.
 - **NOTA: si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés),** debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:
 - Sección 8 del Capítulo 9: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
 - Sección 9 del Capítulo 9: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés).
 - Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 6) como su guía sobre lo que tiene que hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?	
Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si vamos a cubrir la atención médica o los servicios que usted quiere?	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, Sección 6.2 .
¿Le ha comunicado el plan que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la Sección 6.3 de este capítulo.
¿Desea pedirle a nuestro plan que le reembolse servicios o atención médica que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

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

Paso 1: usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”.

Términos legales Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una **“determinación acelerada”**.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que le brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto.

- Para los detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada, *Cómo ponerse en contacto con nuestro plan cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre atención médica.*

Por lo general, usamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar” a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **La decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días** después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores que no pertenecen a la red) que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas.**
 - **No obstante, podríamos tardar hasta 14 días calendario más** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como registros médicos de proveedores que no pertenecen a la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
 - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que haya recibido).
 - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándar pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.

- **Si su médico le dice que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándar en su lugar).
 - En esta carta se le dirá que si su médico le pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
 - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos límite para una decisión de cobertura “rápida”

- Normalmente, para una decisión rápida de cobertura, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 más adelante, explica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura para la atención médica que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos límite para una decisión de cobertura “estándar”

- Generalmente, para una decisión estándar de cobertura, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 14 días después de recibir su solicitud.**
 - Podríamos tomarnos hasta 14 días más (“una extensión del plazo”) bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos la respuesta en 14 días (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 más adelante, explica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos ofrecer en el plazo de 14 días de recibida la solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales	Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una “reconsideración” del plan.
-------------------------	--

Paso 1: nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante debe ponerse en contacto con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nuestro plan para presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud firmada.** También puede solicitar una apelación por teléfono al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*)
 - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el Formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, póngase en contacto con el Servicio para los miembros (los números de teléfonos se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) y solicite el formulario de “Nombramiento de un representante”. El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en www.guildnetny.org. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será enviada a la Organización de revisión independiente para su destrucción.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llame al número** que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**

- Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales	Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.
-------------------------	---

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.

*Plazos límite para una **apelación “rápida”***

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección,

le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito en el que le informamos que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

*Plazos límite para una **apelación “estándar”***

- Si utilizamos los plazos estándar, tenemos que darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta para la fecha indicada (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 30 días después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito en el que le informamos que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión**

independiente”. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales	El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”, por sus siglas en inglés.
-------------------------	---

Paso 1: la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación “rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “rápida” en el Nivel 2.

- Si en el Nivel 1 tuvo una apelación “rápida”, recibirá automáticamente una apelación “rápida” en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.**

*Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una **apelación “estándar”** en el Nivel 2.*

- Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.**

Paso 2: la Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza su apelación parcial o totalmente,** significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - El aviso que recibe de la Organización de revisión independiente le dirá por escrito si su caso reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelación. Por ejemplo, para continuar y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva.

Paso 3: si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos está pidiendo que paguemos una factura que ha recibido por concepto de atención médica?
--------------------	---

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto, *Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que hayamos recibido su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a *negar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la parte 5.3 de esta sección. Consulte esta parte para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).

- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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



¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (*Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)?

Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 4, del Capítulo 5 para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, normas y restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales	Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una “ determinación de cobertura ”.
-------------------------	---

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)*.
 - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
 - Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento no preferido cubierto.
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple los requisitos para la cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
 - *Tenga en cuenta que* si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, usted obtendrá un aviso por escrito en el que se explica cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
<p>¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección 7.4 de este capítulo.</p>	<p>¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado?</p> <p>Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).</p> <p>Vaya a la Sección 7.4 de este capítulo.</p>	<p>¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos).</p> <p>Vaya a la Sección 7.5 de este capítulo.</p>

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar la receta tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.* (Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviarla).

Términos legales	Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina en ocasiones “ excepción al formulario ”.
-------------------------	--

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos del Nivel 3. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 5 del Capítulo 5).

Términos legales	Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones “ excepción al formulario ”.
-------------------------	---

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - *Que se exija utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del de marca.
 - *Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
 - *Que se exija probar primero con otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
 - *Límites de cantidades.* Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en el monto del copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

3). Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 4 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

Términos legales	Pedir pagar un precio preferido inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina en ocasiones pedir una “ excepción del nivel ”.
-------------------------	--

- Si su medicamento está en el Nivel 3, puede pedirnos que lo cubramos al costo compartido que se aplique en el Nivel 1 o 2. Esto reducirá el costo compartido del medicamento.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 4 de medicamentos especializados.

Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones
--------------------	--

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar la receta deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar la receta cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 7.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Paso 1: puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre el medicamento o medicamentos que necesita o sobre el pago. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “**decisión rápida de cobertura**”. **No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.**

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar la receta) puede hacer esto. Para obtener los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada: *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D.* O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección titulada *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió.*
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 5 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitar al plan que pague una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7 se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto le llamamos “declaración de respaldo”). Su médico o la persona autorizada a dar la receta puede enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico o la persona autorizada a dar la receta puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

Términos legales	Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una “ determinación acelerada de cobertura ”.
-------------------------	---

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar” a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 24 horas.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
 - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
 - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándar pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándar en su lugar).
 - En esta carta se le dirá que si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.
 - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le indica cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos límite para una decisión de cobertura “rápida”

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos límite para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si aplicamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**.
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales	Una apelación al plan sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D, se llama una “redeterminación” del plan.
-------------------------	--

Paso 1: nos contacta y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) deben ponerse en contacto con nosotros.**
 - Para obtener más detalles sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax o correo por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la sección titulada *Cómo puede ponerse en contacto con el plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*, que se encuentra en la Sección 1 del Capítulo 2.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación por teléfono al

número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*).

- **Si está solicitando una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamar al número que aparece en la sección 1 del capítulo 2** (*Cómo puede ponerse en contacto con el plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
 - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

Términos legales	Una “apelación rápida” también se llama una “redeterminación acelerada”.
-------------------------	--

- Si va a apelar una decisión tomada por nuestro plan acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar la receta tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: nuestro plan considera su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

*Plazos límite para una **apelación “rápida”***

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

*Plazos límite para una **apelación “estándar”***

- Si usamos los plazos estándar, tenemos que darle nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**.
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales	El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”, por sus siglas en inglés.
-------------------------	---

Paso 1: para presentar una apelación de Nivel 2, debe ponerse en contacto con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: la Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

*Plazos límite para la **apelación “rápida”** en el Nivel 2*

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

*Plazos límite para la **apelación “estándar”** en el Nivel 2*

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó:**
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Para continuar y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*.

Durante su estadía en el hospital, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le darán el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que se va del hospital es la “**fecha del alta**”. La cobertura de nuestro plan para su estadía en el hospital finaliza en esa fecha.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una estadía más prolongada en el hospital y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos
--

Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito denominado “*An Important Message from Medicare about Your Rights*” (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe

dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. En el aviso se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital, y saber quién pagará por ella.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales	El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede “solicitar una revisión inmediata” . Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación, le explica cómo solicitar una revisión inmediata).
-------------------------	--

2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La Sección 5 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso firmado para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de 2 días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.

- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en Internet en:
http://www.cms.gov/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp.

Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Si desea pedir que los servicios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más largo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida un “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Términos legales	Una “revisión rápida” también se denomina una “revisión inmediata”.
-------------------------	---

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no más allá de la fecha prevista del alta**. (La “fecha prevista del alta” es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
 - Si usted cumple con este plazo, se lo autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos correspondientes* a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4.

Pida una “revisión rápida”:

- Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que efectúe una “**revisión rápida**” del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales	Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.
-------------------------	--

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.

- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales	La explicación por escrito se denomina “ Aviso detallado del alta ”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en http://www.cms.hhs.gov/BNI/
-------------------------	--

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **la cobertura del plan para los servicios hospitalarios finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra

apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la estadía hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.

- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez.

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación por su alta del hospital. (“Rápido” significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales	A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ apelación acelerada ”.
-------------------------	--

Paso 1: contáctenos y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nuestro plan, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*

- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: hacemos una revisión “rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”.** Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 *alternativa*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales	El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”, por sus siglas en inglés.
-------------------------	---

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el dinero) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nuestro plan debe seguir brindando cobertura para sus servicios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
 - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que la maneja un juez.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 9.1	<i>Esta sección trata <u>solo</u> acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés)</i>
--------------------	--

Esta sección hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un a centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura
--------------------	---

- 1. Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, la agencia o centro que le brinda atención le dará un aviso.
 - En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más largo.

Términos legales	Al indicarle qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una “apelación de vía rápida” . Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La Sección 9.3, debajo, le dice cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).
-------------------------	---

Términos legales	El aviso por escrito se denomina “Aviso de la no cobertura de Medicare” . Para obtener una copia de muestra, puede llamar al Servicio para los miembros (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una copia en Internet, en http://www.cms.hhs.gov/BNI/ .
-------------------------	--

- 2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**

- Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La Sección 5 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).

- La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: solicite su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización que realice una revisión independiente respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales Esta explicación por escrito se denomina “Explicación detallada de no cobertura”.

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **entonces debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado**. Dejaremos de pagar la parte de los costos de esta atención.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en la que se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que hace es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán, en un plazo de 14 días, sobre su apelación y le indicarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay

otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales	A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ apelación acelerada ”.
-------------------------	--

Paso 1: contáctenos y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada: *Cómo puede ponerse en contacto con nuestro plan cuando está presentando una apelación sobre su atención médica.*
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándar para darle una respuesta a esta revisión. (Normalmente, si presenta una apelación a nuestro plan y pide una “revisión rápida”, se nos permite decidir si estamos de acuerdo con su solicitud y darle una “revisión rápida”. Pero en esta situación, las normas requieren que le demos una respuesta rápida si usted la solicita).

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo, y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido

- desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos después de esa fecha. Dejaremos de pagar la parte de los costos de esta atención.
 - Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Si hacemos esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 alternativa

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales	El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”, por sus siglas en inglés.
-------------------------	---

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó el plan respecto de la primera apelación y no la modificará.
 - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. A este juez se le denomina “juez administrativo”.
-----------------------------	--

- **Si el juez administrativo acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días después de recibida la decisión del juez.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo de apelaciones de Medicare rechaza nuestra petición de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*;** nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días después de recibir la decisión del Consejo de apelaciones de Medicare.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de apelaciones de Medicare rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de apelaciones de Medicare rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.
-----------------------------	--

- Este es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

Sección 10.2	Niveles 3, 4, y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D
---------------------	---

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. A este juez se le denomina “juez administrativo”.
-----------------------------	--

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez administrativo **dentro de las 72 horas (24**

horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la resolución.

- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4	El Consejo de apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno federal.
-----------------------------	--

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos que aprobó** el Consejo de Apelaciones de Medicare **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de apelaciones de Medicare rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación.
-----------------------------	--

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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



Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Calidad de su atención médica

- ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?

Respeto de su privacidad

- ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?

Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo

- ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto?
- ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en nuestro Departamento de Servicio para los miembros?
- ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Tiempos de espera

- ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla?
- ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por el Servicio para los miembros u otro personal de nuestro plan?
 - Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.

Limpieza

- ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?

Información que obtiene de nosotros

- ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle?
- ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?

La siguiente página tiene más ejemplos de posibles razones para presentar una queja

Posibles quejas (continuación)

Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones

El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:

- Si ha pedido que le demos una “respuesta rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja.
- Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja.
- Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja.
- Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 11.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”

Términos legales

- En esta sección, una “queja” también se denomina “reclamo”.
- Otro término para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”.
- Otra forma de decir “usar el proceso para

quejas” es “usar el proceso para interponer un reclamo”.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Servicio para los miembros.** Si hay algo que necesite hacer, el Servicio para los miembros se lo indicará. Puede llamar al Servicio para los miembros al 1-800-815-0000, de lunes a viernes de 8 a. m a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-662-1220.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con Servicio para los miembros inmediatamente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una queja “rápida”.** Si se le ha concedido una queja “rápida”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

Términos legales En esta sección, una “queja rápida” también se denomina “reclamo rápido”.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su queja.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte a través el proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
 - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- **O puede presentar su queja ante ambos sitios al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre GuildNet Health Advantage directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Para obtener detalles sobre cómo manejar problemas con los beneficios de Medicaid, consulte su Manual del miembro de GuildNet Health Advantage Medicaid Advantage.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción	198
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan.....	198
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	198
Sección 2.1	Puede finalizar su membresía en cualquier momento.....	198
Sección 2.2	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?.....	199
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	200
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan	200
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	201
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan.....	201
SECCIÓN 5	GuildNet Health Advantage debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	202
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	202
Sección 5.2	<u>No</u> podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	203
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	203

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan
--------------------	--

La cancelación de la membresía en GuildNet Health Advantage puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
 - Usted puede finalizar su membresía en el plan en cualquier momento. La Sección 2 le brinda información sobre los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo comenzará su inscripción en la nueva cobertura.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1	Puede finalizar su membresía en cualquier momento
--------------------	--

Usted puede cancelar su membresía en GuildNet Health Advantage en cualquier momento.

- **¿Cuándo puede cancelar su membresía?** La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Sin embargo, debido a que usted recibe asistencia de Medicaid, **puede cancelar su membresía en GuildNet Health Advantage en cualquier momento.**
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).

- Original Medicare *con* un plan separado para medicamentos con receta de Medicare.
 - Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Dado que GuildNet Health Advantage es un plan para personas con Medicare y Medicaid, usted debe cancelar su inscripción en la parte de Medicaid del plan cuando cancela su inscripción en la parte de Medicare del plan. El personal de Health Advantage asignado o el Servicio para los miembros lo ayudarán con este proceso.

- **¿A qué tipo de plan de Medicaid puede cambiarse?** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicaid:
 - Otro plan de salud de Medicaid.
 - Pago por servicio de Medicaid.

Para obtener más información sobre las opciones de plan de Medicaid, póngase en contacto con la Oficina de Medicaid de su estado (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar al Servicio para los miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2013* (Medicare y usted 2013).
 - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriban por primera vez.
 - También puede descargar una copia de este documento del sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, al final de su membresía en nuestro plan, simplemente se inscribirá a otro plan de Medicare. Sin embargo, si quiere cambiar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare separado, debe pedir que cancelen su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido, a nosotros, por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- *O bien*, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en GuildNet Health Advantage cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan separado para medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en GuildNet Health Advantage cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo,

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">○ si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.	<p>comuníquese con el Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).</p> <ul style="list-style-type: none">• Puede llamar Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Se cancelará su inscripción de GuildNet Health Advantage cuando comience la cobertura del plan Original Medicare.

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

Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan
--------------------	--

Si deja GuildNet Health Advantage, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para resurtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará generalmente cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 GuildNet Health Advantage debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

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

GuildNet Health Advantage debe cancelar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si no se mantiene inscrito ininterrumpidamente en la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid, salvo que se encuentre en un período de Elegibilidad garantizada (Consulte la Sección 5.4 de este capítulo). Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid.
- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Servicio para los miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio para los miembros).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

- Si su ingreso o estadía en un centro de atención médica residencial (centro de atención de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo) clasifica como permanente en el momento del ingreso o después del ingreso.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio para los miembros** para obtener más información (los números de teléfono se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto).

Sección 5.2	<u>No</u> podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	---

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 11 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Sección 5.4	Elegibilidad garantizada
--------------------	---------------------------------

Si pierde su elegibilidad de Medicaid durante los primeros seis (6) meses de la inscripción, tiene derecho a permanecer inscrito en GuildNet Health Advantage por seis (6) meses a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción, siempre y cuando también permanezca inscrito en Medicare Advantage. La Elegibilidad garantizada no se encuentra disponible si usted pierde la elegibilidad debido a fallecimiento, mudanza fuera del estado de Nueva York o encarcelamiento.

Si usted pasa a ser elegible para Medicaid solo como “spend-down” (responsabilidad económica del paciente), será elegible para permanecer inscrito en GuildNet Health Advantage durante lo que queda del período de seis (6) meses de Elegibilidad garantizada, siempre y cuando también permanezca inscrito en Medicare Advantage.

Si pierde la elegibilidad de Medicaid y la recupera dentro de un período de tres (3) meses, no tendrá derecho a un nuevo período de seis (6) meses de Elegibilidad garantizada en Medicaid Advantage.

Si cancela su inscripción en GuildNet Health Advantage, su período de Elegibilidad garantizada finaliza.

Durante su período de Elegibilidad garantizada, usted no puede cambiar de planes de salud. Puede elegir cancelar su inscripción en GuildNet Health Advantage durante el período de garantía, pero no es elegible para inscribirse en otro plan Medicaid Advantage porque perdió su elegibilidad para Medicaid.

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 **Aviso sobre leyes vigentes 206**

SECCIÓN 2 **Aviso sobre no discriminación 206**

SECCIÓN 3 **Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador
secundario de Medicare 206**

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por razones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo, edad o nacionalidad. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), GuildNet Health Advantage, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Período de beneficios: la manera en que, tanto nuestro plan, como Original Medicare miden si utiliza los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga ningún copago ni coseguro por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado \$4,700 por concepto de medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: un monto que debe pagar como su parte del costo por servicios médicos o suministros, como una consulta al médico, una consulta para un paciente externo internado en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es generalmente un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una consulta al médico o por un medicamento con receta.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene medicamentos o servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan puede imponer antes de que los servicios o medicamentos sean cubiertos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deductible: el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelar o cancelación de la inscripción: es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se distribuye para pagar el costo de obtener un medicamento con receta. El costo de suministro

cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero: ciertos equipos médicos indicados por su médico para utilizar en el hogar. Entre los ejemplos se incluyen andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, qué debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido al nivel de costo compartido preferido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: es un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

Reclamo: es un tipo de queja que se presenta sobre nosotros o alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: un auxiliar de atención de la salud a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención de la salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

Límite inicial de cobertura: es el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que el total de sus gastos en medicamentos alcance los \$4,550, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado a nombre suyo.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte B de Medicare, cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para la Parte B cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés): consulte “Ayuda adicional”.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto más alto que paga por copagos y coseguros durante el año calendario por servicios cubiertos. Nota: dado a que nuestros miembros también reciben asistencia cubierta por Medicaid, no tienen que pagar el monto máximo de su bolsillo.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 se incluye más información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

Indicación medicamento aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la FDA y respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación medicamento aceptada, consulte la Sección 4 del Capítulo 5.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de afecciones médicas y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan de Costos de Medicare, un plan PACE o un plan de Medicare Advantage.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan por Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Plan de Costo de Medicare: un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) o Plan Médico Competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) en conformidad con un contrato de costos reembolsados bajo la Sección 1876(h) de la ley.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE, por sus siglas en inglés).

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): es el seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren las Partes A o B de Medicare.

Póliza “Medigap” (Seguro complementario de Medicare): es el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro Plan o “miembro del Plan”): una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Servicio para los miembros: es un departamento dentro del plan, cuya responsabilidad es responder a las preguntas relacionadas con la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Servicio para los miembros, consulte el Capítulo 2.

Farmacia de la red: es una farmacia en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el Estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos “proveedores de la red” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y en algunos casos para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la organización: la organización Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando esta toma una decisión sobre si los servicios o productos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios o productos cubiertos. El proveedor o el centro de la red de la organización Medicare Advantage también ha tomado una determinación de la organización cuando esta le proporciona un artículo o servicio o lo deriva a un proveedor fuera de la red para obtener un artículo o servicio. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura”.

Original Medicare: (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de la salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Farmacia fuera de la red: es una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se

explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de “costo compartido” mencionada anteriormente. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro “paga de su bolsillo”.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible al tiempo que obtienen los servicios de atención de calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés)”.

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por parte del Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Plan de una organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés): es un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han aceptado tratar a los miembros del plan por un pago especificado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido por el miembro será normalmente superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de punto de servicio (POS, por sus siglas en inglés): es un plan que le permite a las personas inscritas obtener artículos y servicios especificados de proveedores que no pertenecen a la red.

Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Él/ella se aseguran de que tenga el cuidado que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de salud sobre su cuidado y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro profesional de la salud. Para obtener información sobre los PCP, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro Plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido de tiempo.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicios: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede darle de baja si se aleja del área de servicio del plan.

Centro de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por una enfermera matriculada o un médico.

Plan de necesidades especiales: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Atención de urgencia: la atención de urgencia es atención brindada para tratar a una enfermedad o lesión imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. La atención de urgencia puede ser brindada por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Servicio para los miembros de GuildNet Health Advantage

LLAME AL	1-800-815-0000 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. El Servicio para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-662-1220 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
FAX	1-212-769-1621
ESCRIBA A	GuildNet Health Advantage, 15 West 65 th St., New York, NY 10023 guildnetinfo@jgb.org
SITIO WEB	www.guildnetny.org

El HIICAP (SHIP de Nueva York) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

HIICAP (SHIP de Nueva York) para residentes de los condados de Nueva York (Manhattan), Bronx, Queens o Kings	
LLAME AL	1-212-341-3978
ESCRIBA A	HIICAP, NYC Dept. of Aging, 2 Lafayette Street, 16th Floor, New York, NY 10007
SITIO WEB	http://www.aging.ny.gov/healthbenefits/HiICAPIndex.cfm

HIICAP (SHIP de Nueva York) para residentes del condado de Nassau	
LLAME AL	1-516-485-3425, interno 2
ESCRIBA A	Family/Children Service Association of Nassau County 336 Fulton Avenue, Hempstead, NY 11550
SITIO WEB	http://familyandchildrens.org

HIICAP (SHIP de Nueva York) para residentes del condado de Suffolk	
LLAME AL	631-853-8200
ESCRIBA A	Office for the Aging, P.O. Box 6100 H. Lee Dennison Building 3rd Floor 100 Veterans Memorial Highway Hauppauge, NY 11788-0099
SITIO WEB	http://www.suffolkcountyny.gov/Departments/CountyExecutive/OfficefortheAging

