

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012**

## **Evidencia de cobertura:**

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

En este folleto, se proporcionan 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 2012. Explica cómo obtener la atención médica y los medicamentos con receta que necesita. Éste es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

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

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

Esta información está disponible en otros idiomas, en forma gratuita. Para obtener más información, póngase en contacto con el 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 a. m. a 8 p. m. El Servicio para los miembros también dispone de servicios gratuitos 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 to 8 pm. Member Services also has free language interpreter services available for non-English speakers.

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y los copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2013.

H6864 MEM12\_05 CMS Approved 08222011

## **Evidencia de cobertura 2012**

### **Índice**

Esta lista de capítulos y números de páginas es tan solo 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.**

<b>Capítulo 1.</b>	<b>Primeros pasos como miembro.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 2.</b>	<b>Números de teléfono y recursos importantes .....</b>	<b>16</b>
<b>Capítulo 3.</b>	<b>Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos.....</b>	<b>29</b>
<b>Capítulo 4.</b>	<b>Tabla de beneficios (lo que está cubierto).....</b>	<b>42</b>
<b>Capítulo 5.</b>	<b>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D .....</b>	<b>70</b>
<b>Capítulo 6.</b>	<b>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D .....</b>	<b>91</b>
<b>Capítulo 7.</b>	<b>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos .....</b>	<b>107</b>
<b>Capítulo 8.</b>	<b>Sus derechos y responsabilidades .....</b>	<b>113</b>
<b>Capítulo 9.</b>	<b>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....</b>	<b>124</b>
<b>Capítulo 10:</b>	<b>Cancelación de su membresía en el plan .....</b>	<b>198</b>
<b>Capítulo 11.</b>	<b>Avisos legales .....</b>	<b>207</b>
<b>Capítulo 12.</b>	<b>Definiciones de palabras importantes .....</b>	<b>209</b>

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

---

## **Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

<b>Sección 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>3</b>
Sección 1.1	Usted está inscrito en GuildNet Health Advantage, un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales) .....	3
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto <i>Evidencia de cobertura</i> ?.....	5
Sección 1.3	¿De qué trata este capítulo? .....	5
Sección 1.4	¿Qué sucede si es un miembro nuevo de GuildNet Health Advantage?.....	5
Sección 1.5	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> .....	5
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Qué requisitos son necesarios para que pueda ser miembro del plan? .....</b>	<b>6</b>
Sección 2.1	Los requisitos de elegibilidad .....	6
Sección 2.2	¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	7
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?.....	8
Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan para GuildNet Health Advantage.....	8
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué otros materiales le enviaremos? .....</b>	<b>8</b>
Sección 3.1	Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos .....	8
Sección 3.2	<i>Directorio de proveedores</i> : Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan.....	9
Sección 3.3	<i>Directorio de farmacias</i> : Su guía para conocer las farmacias de nuestra red.....	10
Sección 3.4	La <i>Lista de medicamentos cubiertos (formulario)</i> del plan.....	11
Sección 3.5	La <i>explicación de beneficios</i> (EOB, por sus siglas en inglés): Informes que contienen un resumen de los pagos efectuados por sus medicamentos con receta de la Parte D.....	12
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Su prima mensual para GuildNet Health Advantage.....</b>	<b>12</b>
Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima del plan?.....	12

---

Sección 4.2	¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? .....	13
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.....</b>	<b>13</b>
Sección 5.1	Cómo puede ayudar para asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted .....	13
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Protegemos la privacidad de la información personal sobre su salud .....</b>	<b>14</b>
Sección 6.1	Nos aseguramos de que la información sobre su salud se encuentra protegida. ...	14
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Cómo es la cobertura de otro seguro con nuestro plan.....</b>	<b>14</b>
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? .....	14

---

## **SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Usted está inscrito en GuildNet Health Advantage, un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales)</b>
--------------------	---

GuildNet Health Advantage le ofrece un paquete de beneficios integral que incluye la mayoría de los servicios que pueda haber recibido de Original Medicare, cobertura para medicamentos con receta de la Parte D y algunos de los servicios que solía obtener del programa de pago por servicios prestados de Medicaid. Además, puede obtener servicios adicionales, como la ampliación de la atención de la vista y los beneficios de bienestar.

Uno de los grandes beneficios que ofrece GuildNet Health Advantage se asigna a un miembro específico del personal de GuildNet para que coordine su atención.

Su coordinador de atención puede ayudarlo a controlar su salud;

- revisará sus riesgos de salud y sus necesidades de atención,
- lo ayudará a elegir sus metas de salud y
- se mantendrá en contacto con usted, según sea necesario, acerca de su progreso.

Su coordinador de atención puede ayudarlo a recorrer el sistema sanitario y puede

- explicarle qué beneficios tiene a su disposición, además de
- ayudarlo a elegir los servicios y los proveedores que más le convengan.

Su coordinador de atención puede mantener informados a sus médicos y otros proveedores acerca de usted; puede

- proporcionar a sus proveedores información sobre su salud y sus necesidades de atención,
- les informará qué servicios está recibiendo y les proporcionará
- información acerca de su progreso.

Si sus necesidades de atención médica cambian, si necesita ayuda para obtener los servicios o si necesita información relacionada con su salud, solo debe hacer una llamada de teléfono para contactar a su coordinador de atención.

Además, GuildNet Health Advantage le ofrece los servicios de los trabajadores sociales y profesionales de salud mental de nuestro personal. Ellos evaluarán si necesita ayuda para utilizar los beneficios comunitarios disponibles o si necesita apoyo para sobrellevar sus problemas de salud.

Al trabajar en conjunto con el equipo de profesionales de salud, que incluye a su médico, el personal de GuildNet y otros proveedores necesarios, su coordinador de atención facilitará el desarrollo de un plan de atención diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de atención médica.

---

Otro aspecto que destaca a GuildNet Health Advantage es que usted puede conservar los médicos que lo atienden en la actualidad, incluidos los especialistas. No necesita obtener una remisión ni autorización previa para que estos médicos lo atiendan.

Cuando se inscribe en GuildNet Health Advantage, no tiene ningún copago, excepto algunos copagos para medicamentos con receta. Para obtener ayuda o información, llame al Servicio para los miembros al 1-800-815-0000 o visite el sitio web del plan en [www.guildnetny.org](http://www.guildnetny.org).

Usted cuenta con la cobertura tanto de Medicare como de 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 determinadas 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 Medicaid que tiene. Algunas personas inscritas en Medicaid obtienen ayuda para el pago de las primas y otros costos de Medicare. Otras personas también obtienen cobertura para otros servicios y medicamentos que Medicare no cubre.

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

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

Al obtener ayuda de Medicaid, usted no paga por los servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también le brinda otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica no cubiertos por Medicare. Además recibirá ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. GuildNet Health Advantage lo ayudará a administrar todos estos beneficios, para que pueda obtener los servicios de atención médica y la ayuda para el pago a los que tiene derecho.

Una organización sin fines de lucro dirige GuildNet Health Advantage. Al igual que todos los planes de Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan tiene además un contrato con el programa New York Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace estar proporcionándole su cobertura de salud de Medicare y parte de la cobertura de salud de Medicaid, incluida la cobertura de sus medicamentos con receta.

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

Este folleto sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica de Medicare y parte de la atención médica y los medicamentos con receta de Medicaid 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.

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

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica y a los medicamentos con receta a su disposición como miembro de GuildNet Health Advantage.

## **Sección 1.3      ¿De qué 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 cómo funciona el plan, qué normas se aplican 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 confunda o preocupe, o bien si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los miembros del plan (en la contratapa de este folleto encontrará la información de contacto).*

## **Sección 1.5      Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***

### **Forma 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 modificaciones en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en GuildNet Health Advantage, desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2012.

## **Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años**

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y New York Medicaid deben aprobar GuildNet Health Advantage cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan durante el año en cuestión y si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid renuevan la aprobación del plan.

---

## **SECCIÓN 2      ¿Qué requisitos son necesarios para que pueda ser miembro del plan?**

---

<b>Sección 2.1      Los requisitos de elegibilidad</b>
--

*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 derecho a la cobertura de la Parte A de Medicare;
- esté inscrito en 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;
- y cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

### **Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan**

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (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). Usted reúne los requisitos para nuestro plan si:

- es mayor de 18 años; y
- tiene cobertura total de Medicaid o cobertura total de Medicaid con elegibilidad para ser Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés).
- O es elegible, de otra manera, para inscribirse en el plan Medicaid Advantage.

### **No es elegible para ser miembro de nuestro plan si:**

- es elegible para Medicaid solo después de pagar el "spend down" (responsabilidad económica del paciente) con una parte de sus ingresos;



- vive en un centro de atención psiquiátrica controlado por el estado, o un centro de tratamiento certificado por el estado o voluntario para niños y jóvenes;
- es residente de un centro de atención de enfermería especializada al momento de su inscripción;
- está inscrito en un plan administrado de demostración de centros de atención a largo plazo;
- tiene otra cobertura integral de atención médica distinta a Medicare, salvo que el distrito de los servicios sociales locales indique que es conveniente inscribirlo;
- se espera que reúna los requisitos para Medicaid por menos de seis (6) meses, con excepción de las mujeres embarazadas (por ej., trabajadores agrarios temporales);
- recibe servicios de atención a largo plazo a través de programas de atención médica a domicilio prolongada (salvo servicios en un centro de atención intermedia [ICF, por sus siglas en inglés] para personas con discapacidad del desarrollo);
- es elegible para recibir los beneficios de Medicaid solo en el caso de los servicios para la tuberculosis;
- se encuentra en un hogar de atención familiar autorizado por la Oficina de Salud Mental del Estado;
- está inscrito en el *Restricted Recipient Program* (Programa de beneficios restringidos);
- ingresa en un programa de hospicios antes del momento de su inscripción (si ingresa en un programa de hospicios mientras está inscrito en GuildNet Health Advantage, puede permanecer inscrito en el plan);
- recibe servicios de planificación familiar pero no es de otro modo elegible para Medicaid;
- es elegible para Medicaid según el programa “Medicaid Buy-In para trabajadores con discapacidad”, pero debe pagar una prima;
- es elegible para Medicaid solo porque necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello uterino; o
- es una persona que tiene asignado un código 97, 98 o 99 en un condado de responsabilidad fiscal.

Si, en cualquier momento, ya no cumple con los requisitos de elegibilidad de nuestro plan, su membresía en este plan se cancelará. Volverá a tener cobertura de Original Medicare y pago por servicio de Medicaid o bien, si se inscribió en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicaid o Medicare, recibirá cobertura a través del plan en el que está inscrito.

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

Cuando se inscribió originalmente en Medicare, recibió información sobre cómo obtener la cobertura de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Recuerde lo siguiente:

- Generalmente, la Parte A de Medicare cubre los servicios prestados por proveedores institucionales tales como hospitales, 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 algunos elementos (como equipos médicos y suministros duraderos).

### **Sección 2.3      ¿Qué es Medicaid?**

(Medicaid es un programa conjunto del estado y el gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas que tienen ingresos y recursos limitados). Cada estado decide qué se considera ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo ejecutar su programa siempre y cuando sigan las directrices federales.

### **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), el Bronx, Queens y Kings (Brooklyn), Nassau y Suffolk.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, póngase en contacto con el Servicio para los miembros. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en el plan de salud o medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

---

## **SECCIÓN 3      ¿Qué otros materiales le enviaremos?**

---

### **Sección 3.1      Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta 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.

Existen algunos servicios que seguirá recibiendo del programa de pago por servicios de Medicaid y, para esto, deberá utilizar su tarjeta de Medicaid. Estos servicios se describen más adelante en esta Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés). 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 el plan 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. Si su tarjeta de identificación de miembro se daña o se pierde, o si se la roban, llame al Servicio para los miembros de inmediato y le enviaremos una nueva. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



Mientras sea un miembro de nuestro plan, **no debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (a excepción de 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 por si más tarde debe presentarla.

Si la tarjeta de miembro del plan se daña o se pierde, o si se la roban, llame de inmediato al Servicio para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

**Sección 3.2**      **Directorio de proveedores y farmacias: Su guía para conocer a todos los proveedores y las farmacias de la red del plan**

Cada año que se mantenga siendo miembro de nuestro plan, le enviaremos un nuevo *Directorio de proveedores y farmacias* o una actualización de su *Directorio de proveedores y farmacias*. En este directorio se incluyen los proveedores y las farmacias de la red.

**¿Qué son los “proveedores de la red”?**

**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 aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores la prestación de servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

**¿Por qué debe saber cuáles son los proveedores que integran 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 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 Health Advantage cuenta con una extensa red de proveedores. Los proveedores de la red de GuildNet Health Advantage pueden proporcionarle los servicios que solía brindarle Original Medicare y algunos servicios que solía recibir del programa de pago por servicios de Medicaid.

La *red de proveedores de GHI Medicare Choice PPO* y la *red GuildNet de Medicaid Advantage* forman la red GuildNet Health Advantage. Usted utilizará la red de proveedores de GHI Medicare Choice PPO para recibir los servicios cubiertos que solía obtener de Original Medicare. Usted utilizará la red de GuildNet Medicaid Advantage para recibir algunos de los servicios que obtenía del programa de pago por servicios de Medicaid.

***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 remisión y, en muchos casos, no es necesario que obtenga autorización previa.

***Para los servicios que solía recibir del servicio de pago por servicio de Medicaid, por ejemplo, cobertura odontológica y transporte de rutina, debe utilizar un proveedor de la red de GuildNet Medicaid Advantage si su plan cubre dichos servicios.*** Es posible que haya ocasiones en las que GuildNet Health Advantage le otorgue la aprobación para utilizar un proveedor que no pertenezca a la red de GuildNet Medicaid Advantage. Para obtener más información, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 3, de esta Evidencia de cobertura.

Sepa que tiene la libertad de elegir a cualquier proveedor de la red de GuildNet Medicaid Advantage, aunque es posible que necesite autorización previa para recibir el servicio. Puede elegir un proveedor que pertenezca a la red a través del *Directorio de Proveedores* del plan.

Para obtener la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores, 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. También puede consultar el Directorio de proveedores en Internet en [www.guildnetny.org](http://www.guildnetny.org).

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través del Servicio para los miembros. 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* en [www.guildnetny.org](http://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.

<b>Sección 3.3</b>	<b><i>Directorio de farmacias: Su guía para conocer las farmacias de nuestra red</i></b>
--------------------	--

Cada año que sea miembro de nuestro plan, le enviaremos un nuevo *Directorio de farmacias* o una actualización del *Directorio de farmacias*. En este directorio se incluyen las farmacias de la red.

---

## ¿Qué son las “farmacias de la red”?

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

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

Puede utilizar el *Directorio de 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 el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). Puede llamar al Servicio para los miembros en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en [www.guildnetny.org](http://www.guildnetny.org).

<b>Sección 3.4</b>	<b>La Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan</b>
--------------------	---

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, que debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de GuildNet Health Advantage.

Además de los medicamentos cubiertos de la Parte D, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid.

La Lista de medicamentos indica además si existen normas que limiten 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](http://www.guildnetny.org)) o llamar al Servicio para los miembros (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

---

<b>Sección 3.5</b>	<b>La explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés): Informes que contienen un resumen de los pagos efectuados por sus medicamentos con receta de la Parte D</b>
--------------------	--

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

La *Explicación de los beneficios* le informa la cantidad total que gastó en medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad 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 los beneficios* y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

También puede obtener un resumen de la *Explicación de los beneficios* a solicitud. Para obtener una copia, póngase en contacto con el Servicio para los miembros.

---

## **SECCIÓN 4 Su prima mensual para GuildNet Health Advantage**

---

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

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan GuildNet Health Advantage.

### **Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

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

- El documento denominado *Medicare & You 2012* (Medicare y usted 2012) incluye información sobre estas primas en la sección titulada “2012 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2012). Allí se explican las diferencias existentes en la prima de la Parte B para las personas que tienen distintos ingresos.
- 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 de este documento 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.

---

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

**No.** No se nos permite comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan se modifica para el próximo año, le comunicaremos dicho cambio en septiembre, y entrará en vigencia el 1 de enero.

---

## **SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Cómo puede ayudar para asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted</b>
--------------------	--

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.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

### **Comuníquenos cualquiera de 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 cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador);
- si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si surge alguna modificación respecto de esta información, háganoslo saber llamando al Servicio para los miembros (los números de teléfono están en la tapa 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 debemos coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando 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 tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

---

## **SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de la información personal sobre su salud**

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>Nos aseguramos de que la información sobre su salud se encuentra protegida</b>
--------------------	---

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

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

---

## **SECCIÓN 7 Cómo es la cobertura de otro seguro con nuestro plan**

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?</b>
--------------------	---

Si tiene otro seguro (como por ejemplo cobertura colectiva de atención médica que ofrezca el empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina el “pagador principal” y paga hasta el límite de su cobertura. El que paga en segundo lugar, denominado el “pagador secundario”, solo paga si existen costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos sin cubrir.

Todas estas normas se aplican a la cobertura del plan de salud grupal del empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleador o el empleador actual de un familiar, la determinación de quién paga primero depende de su edad, el tamaño de la empresa empleadora y si usted tiene Medicare por motivo de edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
  - Si tiene menos de 65 años, es discapacitado y usted o un familiar todavía trabaja, su plan paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador del plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabaja, el plan paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador del plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.



- 
- Si tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), su plan de salud grupal pagará primero por los primeros 30 meses luego de que reúna los requisitos para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluye seguro del automotor).
- Responsabilidad (incluye seguro del automotor).
- Beneficios por enfermedad de pulmón negro.
- Seguro de indemnización por accidentes laborales.

Ni Medicaid ni TRICARE pagarán primero por los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagarán después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador y/o Medigap haya pagado.

Si tiene otro seguro, comuníquese a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame al Servicio para los miembros (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). Deberá proporcionar su número de identificación de miembro del plan a las otras compañías aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas sean pagadas correctamente y dentro del plazo establecido.

---

## **Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Contactos de GuildNet Health Advantage (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicio para los miembros del plan) .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....</b>	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) .....</b>	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Organización para la mejora de la calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare).....</b>	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Seguro Social .....</b>	<b>25</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Medicaid (un programa conjunto del estado y el gobierno federal que proporciona ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados).....</b>	<b>25</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>26</b>
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios .....</b>	<b>27</b>
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador? .....</b>	<b>28</b>

---

## **SECCIÓN 1      Contactos de GuildNet Health Advantage** (cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluso 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 los reclamos o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicios para los miembros de GuildNet Health Advantage. Con gusto le ayudaremos.

<b>Servicios para los miembros</b>	
<b>LLAME AL</b>	1-800-815-0000  Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.  El Servicio para los miembros también dispone de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	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. De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
<b>FAX</b>	1-212-769-1621
<b>ESCRIBA A</b>	GuildNet Health Advantage, 15 West 65 Street, New York, NY 10023  guildnetinfo@jgb.org
<b>SITIO WEB</b>	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. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Puede presentar una queja sobre nosotros o alguno de los proveedores de nuestra red, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección sobre cómo presentar una apelación).

Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o 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 quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre los procesos de decisión de cobertura, presentación de quejas o apelaciones.

<b>Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas sobre la atención médica</b>	
<b>LLAME AL</b>	1-800-815-0000  Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 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.
<b>TTY</b>	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.
<b>FAX</b>	1-845-340-3435
<b>ESCRIBA A</b>	GuildNet Health Advantage, P.O. Box 4296, Kingston, NY 12402

### **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 con relación al monto que pagaremos por sus 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]*).

<b>Decisiones de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D</b>	
<b>LLAME AL</b>	1-877-444-3973  Las llamadas a este número son gratuitas.

<b>TTY</b>	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.
<b>ESCRIBA A</b>	Pharmacy Services, PO 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 que revisemos y modifiquemos 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]*).

<b>Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D</b>	
<b>LLAME AL</b>	1-866-557-7300  Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>TTY</b>	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.
<b>ESCRIBA A</b>	GuildNet Health Advantage, P.O. Box 4296, Kingston, NY 12402

### **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 alguna de las farmacias de nuestra red, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección sobre cómo presentar una 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, quejas]*).

<b>Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D</b>	
<b>LLAME AL</b>	1-866-557-7300  Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>TTY</b>	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.
<b>ESCRIBA A</b>	GuildNet Health Advantage, P.O. Box 4296, Kingston, NY 12402

**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 solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos*).

**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 y quejas]*).

<b>Solicitudes de pago</b>	
<b>LLAME AL</b>	1-800-815-0000 para solicitudes relacionadas con pagos de la atención médica;  1-877-444-3973 para solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D.  De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.
<b>TTY</b>	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.  De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.

**ESCRIBA A** GuildNet Health Advantage, 15 West 65<sup>th</sup> Street, New York, NY 10023 para solicitudes de pago de atención médica;

GuildNet Health Advantage, P.O. Box 4296, Kingston, NY 12402 para solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D.

---

## **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.

**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. Además, si en “Help and Support” (Ayuda y asistencia) selecciona la opción “Useful Phone Numbers and Websites” (Sitios web y números de teléfono útiles), encontrará información de contacto de Medicare en su estado.

El sitio web de Medicare ofrece también información detallada acerca de su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción a través de las siguientes herramientas:

- **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. Seleccione “Find Out if You’re Eligible” (Averiguar si es elegible).
- **Buscador de planes de Medicare:** Proporciona información personalizada sobre las políticas de los planes de medicamentos con receta de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Seleccione “Health and Drug Plans” (Planes de salud y medicamentos) y luego “Compare Drug and Health Plans” (Comparar planes de salud y medicamentos) o “Compare Medigap Policies” (Comparar pólizas Medigap). Estas herramientas proporcionan un *cálculo* de cuáles podrían ser los costos que pagará de su bolsillo en los diferentes planes de Medicare.

Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a que ingrese en el sitio web utilizando sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare al número que aparece más arriba para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.



---

## **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 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 entender 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.

<b>HIICAP (New York SHIP) para residentes de los condados de Nueva York (Manhattan), el Bronx, Queens o Kings (Brooklyn)</b>	
<b>LLAME AL</b>	1-212-869-3850 ó 1-800-701-0501
<b>ESCRIBA A</b>	HIICAP, NYC Dept. of Aging, 2 Lafayette Street, 16 <sup>th</sup> Floor, New York, NY 10007
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.ny.gov/healthbenefits">www.aging.ny.gov/healthbenefits</a>

<b>HIICAP (New York SHIP) para residentes del condado de Nassau</b>	
<b>LLAME AL</b>	516-292-1300 Int. 2272
<b>ESCRIBA A</b>	Family/Children Service Association of Nassau County 336 Fulton Avenue, Hempstead, NY 11550
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://familyandchildrens.org">http://familyandchildrens.org</a>

<b>HIICAP (New York SHIP) para residentes del condado de Suffolk</b>	
<b>LLAME AL</b>	631-853-8200
<b>ESCRIBA A</b>	Office for the Aging, P.O. Box 6100 H. Lee Dennison Building 3rd Floor 100 Veterans Memorial Highway Hauppauge, NY 11788-0099
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.co.suffolk.ny.us/departments/CountyExec/aging.aspx">http://www.co.suffolk.ny.us/departments/CountyExec/aging.aspx</a>

---

## **SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad** (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 Nueva York, a la Organización para la mejora de la calidad se la conoce como Organización de revisión de normas profesionales de la isla (IPRO, por sus siglas en inglés).

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 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, los servicios en centros de atención de enfermería especializada o los servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés) finalizan demasiado pronto.

<b>IPRO (Organización para la mejora de la calidad de Nueva York)</b>	
<b>LLAME AL</b>	Quejas sobre la calidad de la atención: 1-800-331-7767  Revisiones de quejas de altas hospitalarias: 1-800-446-2447  Revisiones de quejas sobre un Centro de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés) o un Auxiliar de atención de la salud en el hogar (HHA, por sus siglas en inglés): 1-888-696-9561
<b>TTY</b>	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.
<b>ESCRIBA A</b>	IPRO, 1979 Marcus Avenue, Lake Success, NY 11042-1002
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ipro.org/index/consumers">www.ipro.org/index/consumers</a>

---

## **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.

<b>Administración del Seguro Social</b>	
<b>LLAME AL</b>	1-800-772-1213  Las llamadas a este número son gratuitas.  Se atiende de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.  Puede utilizar el servicio telefónico automático del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
<b>TTY</b>	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.  Se atiende de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">http://www.ssa.gov</a>

---

## **SECCIÓN 6 Medicaid** (un programa conjunto del estado y el 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.

Si tiene preguntas acerca de la ayuda que obtiene de Medicaid, póngase en contacto con el Departamento de Salud del estado de Nueva York o el programa del defensor del pueblo para la atención a largo plazo en el estado de Nueva York.

<b>Departamento de Salud del estado de Nueva York</b>	
<b>LLAME AL</b>	1-800-541-2831
<b>ESCRIBA A</b>	New York State Department of Health, Corning Tower, Empire State Plaza, Albany, NY 12237
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/index.htm">http://www.health.state.ny.us/health_care/medicaid/index.htm</a>

<b>Programa del defensor del pueblo para la atención a largo plazo en el estado de Nueva York</b>	
<b>LLAME AL</b>	1-800-342-9871
<b>ESCRIBA A</b>	New York Foundation for Senior Citizens, Inc. 11 Park Place, 14 <sup>th</sup> Floor New York, NY 10007-2801
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ltcombudsman.ny.gov/">http://www.ltcombudsman.ny.gov/</a>

---

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

---

Debido a que es elegible para Medicaid, usted reúne los requisitos y obtiene “ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para obtener esta ayuda adicional.

Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda adicional, llame:

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

Si cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta cree que está pagando una cantidad incorrecta 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 de 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.

### **Programa de descuento del período sin cobertura de Medicare**

Debido a que obtiene “ayuda adicional” de Medicare para el pago de sus costos del plan de medicamentos con receta, el programa de descuento del período sin cobertura de Medicare no resulta aplicable en su caso. Usted ya tiene cobertura para sus medicamentos con receta durante el período sin cobertura a través del programa de ayuda adicional.

Para aquellas personas que no reciben ayuda adicional, el Programa de descuento del período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca a las personas inscritas en la Parte D que hayan alcanzado el período sin cobertura. Estas personas inscritas también reciben parte de la cobertura para medicamentos genéricos. Si tiene alguna pregunta sobre el Programa de descuento del período sin cobertura de Medicare, póngase en contacto con el Servicio para los miembros (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

### **¿Qué sucede si recibe ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta? ¿Puede obtener los descuentos?**

Todos nuestros miembros reciben “ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Si recibe “ayuda adicional”, el programa de descuento del período sin cobertura de Medicare no resulta aplicable en su caso. Si recibe ayuda adicional, ya tiene cobertura para sus medicamentos con receta durante el período sin cobertura.

---

## **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 sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

<b>Junta de jubilación para ferroviarios</b>	
<b>LLAME AL</b>	1-877-772-5772  Las llamadas a este número son gratuitas.  Se atiende de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 3:30 p. m.  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.
<b>TTY</b>	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.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.rrb.gov">http://www.rrb.gov</a>

---

## **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).

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 del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle 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**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan .....</b>	<b>31</b>
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”? .....	31
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica y otros servicios que cubre el plan .....	31
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios.....</b>	<b>32</b>
Sección 2.1	Puede elegir a un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que brinde y supervise su atención médica .....	32
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir si no obtiene la aprobación de su PCP por adelantado?.....	33
Sección 2.3	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red....	33
Sección 2.4	Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red .....	34
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo puede obtener los servicios cubiertos si tiene una emergencia o una necesidad urgente de recibir atención .....</b>	<b>35</b>
Sección 3.1	Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica .....	35
Sección 3.2	Cómo puede obtener atención ante una necesidad urgente de recibir atención ....	36
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? .....</b>	<b>36</b>
Sección 4.1	Puede solicitarle al plan que pague la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos .....	36
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios? .....	37

---

<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?</b> .....	<b>37</b>
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	37
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?	38
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”</b> .....	<b>39</b>
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?	39
Sección 6.2	¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan?	40
<b>Sección 7</b>	<b>Normas aplicables a la propiedad del equipo médico duradero</b> ....	<b>41</b>
Sección 7.1	¿Será propietario del equipo médico duradero luego de efectuar una determinada cantidad de pagos según nuestro plan?	41



---

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

---

Este capítulo detalla lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener la 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 detalles sobre el tipo de atención médica y otros servicios que cubre nuestro plan utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*).

<b>Sección 1.1      ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?</b>
---

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 salud que el estado autoriza para que brinden 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 aceptar nuestros pagos en su totalidad. Hemos acordado con estos proveedores la prestación de 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, habitualmente 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.

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

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

---

GuildNet Health Advantage cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **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 servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumple con los estándares aceptados de práctica médica.
- **Usted debe recibir atención 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 pertenezca al plan) para recibir atención médica (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo) aunque siempre es mejor consultar con proveedores de la red, ya que estos han acordado participar en su atención. No necesita nuestra autorización previa para recibir atención médica de un proveedor fuera de la red.

---

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

---

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

### **¿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, necesitará un proveedor que trabaje con su Administrador de casos 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 lo puede ayudar a encontrar uno o puede elegirlo del Directorio de proveedores 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, administrar las vacunas y los exámenes que necesita, y 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 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.

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

Si bien le recomendamos que elija un PCP, no es necesario que tenga uno. Usted no necesita una autorización previa de su PCP para obtener los servicios cubiertos. Algunos servicios requieren una autorización previa.

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

<b>Sección 2.3</b>	<b>Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red</b>
--------------------	---

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades o partes del cuerpo específicas. 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 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. Para obtener más información sobre cómo obtener una autorización previa cuando sea necesaria, consulte el Capítulo 9, Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas).

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

Es posible que, en ocasiones, algún especialista, una clínica, un 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 para obtener más información sobre cómo continuar recibiendo los servicios exclusivos de Medicaid de un proveedor que deja de formar parte de nuestra red.

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

Debido a que nuestro plan cuenta con la opción de punto de servicio, puede utilizar un proveedor fuera de la red para recibir los servicios del plan cubiertos por Medicare si el proveedor acepta la asignación según Medicare. (Esto significa que un proveedor acuerda aceptar el monto aprobado por Medicare como pago total).

Consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)* para obtener información sobre qué servicios están cubiertos por Medicare. Es una buena idea asegurarse de que su proveedor respete las normas de autorizaciones del plan dentro de lo posible. Antes de recibir los servicios de un proveedor fuera de la red, debe consultarnos para confirmar que los servicios que recibirá están cubiertos y son médicamente necesarios.

Debe utilizar un proveedor de la red para los servicios del plan cubiertos únicamente por Medicaid. Consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)* para obtener información sobre qué servicios están cubiertos únicamente por Medicaid. El plan puede permitirle utilizar un proveedor fuera de la red solo si:

- autorizamos estos servicios por adelantado; y
- necesita atención médica que nuestro plan cubre y no hay proveedores en nuestra red que puedan brindar esa atención. En este caso, el copago de su atención será de \$0; o
- usted ya está recibiendo atención médica de un proveedor fuera de la red al momento de inscribirse en el plan. 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 políticas y aceptar brindarnos la información médica sobre su atención; o
- un proveedor de la red del plan con el que se encuentra en un tratamiento continuo decide que no continuará participando en la red de proveedores 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. Si necesita ayuda para consultar a un proveedor fuera de la red, llame a Servicio para los miembros al 1-800-815-0000. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-662-1220.

---

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

---

<b>Sección 3.1      Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica</b>
--

### **¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si se encuentra en esa situación?**

Una “**emergencia médica**” ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre la salud y la medicina, consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, pérdida de un miembro o pérdida de la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o diríjase a la sala de emergencias, al hospital o al centro de atención de urgencias más cercano. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. *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 su 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 de Servicios para los miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

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

Puede obtener atención médica de emergencia en cualquier momento que la necesite y en cualquier parte del mundo 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 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.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Cómo puede obtener atención ante una necesidad urgente de recibir atención</b>
--------------------	---

### ¿Qué es la “atención de urgencia”?

La “atención de urgencia” es una situación que no implica una emergencia, una enfermedad, lesión o afección médica imprevista, que requiere atención médica inmediata, pero en la que los proveedores de la red del plan se encuentran momentáneamente no disponibles o no es posible comunicarse con ellos. La afección imprevista puede ser, por ejemplo, una exacerbación imprevista de una afección conocida que usted padece (por ejemplo, una exacerbación de una enfermedad cutánea crónica).

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

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, el plan cubrirá la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre la atención de urgencia o cualquier otra atención que no sea de emergencia si recibe la atención médica fuera de los Estados Unidos.

---

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

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Puede solicitarle al plan que pague por los servicios cubiertos</b>
--------------------	--

Si pagó por 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 en concepto de servicios médicos o medicamentos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

---

## **Sección 4.2      ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?**

---

GuildNet Health Advantage cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que figuran en la Tabla de beneficios del plan (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto) y que se prestan de conformidad con las normas 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 sin la debida autorización.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piense 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.

El Capítulo 9 [*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*] proporciona más información sobre qué debe hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o desea presentar una apelación a una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Servicio para los miembros al número que se encuentra en la tapa posterior de este folleto para obtener más información sobre cómo hacerlo.

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. Puede llamar al Servicio para los miembros si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio.

Si el servicio no figura en la tabla de beneficios, puede tener cobertura del programa pago por servicio de Medicaid. Debe consultar a su proveedor antes de recibir estos servicios y presentar su tarjeta de Medicaid. Además, debe respetar las normas de Medicaid para la obtención del 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 es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, averiguar qué tan bien funciona 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 lo llevan a cabo. 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, el plan 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 lo aprobemos. *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 uno.** 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 le brindarán los proveedores del estudio de investigación clínica en lugar del plan.

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, póngase en contacto con el Servicio para los miembros (consulte la Sección 1 del Capítulo 2 de esta *Evidencia de cobertura*).

<b>Sección 5.2</b>	<b>Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?</b>
--------------------	--

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. Una vez que Medicare haya pagado la parte que le corresponde del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que para todos los servicios cubiertos, usted no pagará por los servicios cubiertos que reciba durante el estudio de investigación clínica.



A fin de que paguemos la parte que nos corresponde de los costos, usted deberá enviarnos una solicitud de pago. Conjuntamente con su solicitud, deberá enviarnos una copia del resumen de sus notificaciones a Medicare u otra documentación que demuestre qué servicios recibió como parte del estudio. Para obtener más información acerca de 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 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 está 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 cubierta en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”**

---

<b>Sección 6.1      ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?</b>
--

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 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 del plan, le brindaremos 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.

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

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 médicos *voluntarios* y que *no sean obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos “exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* 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 casa, 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, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

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

---

## **SECCIÓN 7      Normas aplicables a la propiedad del equipo médico duradero**

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>¿Será propietario del equipo médico duradero luego de efectuar una determinada cantidad de pagos según nuestro plan?</b>
--------------------	---

Los equipos médicos duraderos incluyen elementos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para uso en el hogar. Algunos artículos, como los dispositivos protésicos, siempre son propiedad de la persona inscrita. En esta sección, se tratan otros tipos de equipo médico duradero que se deben rentar.

En Original Medicare, las personas que rentan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo luego de pagar los copagos por el artículo durante un período de 13 meses. No obstante, como miembro de GuildNet Health Advantage, por lo general usted no será propietario de los artículos rentados en concepto de equipo médico duradero. En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del equipo médico duradero. Llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están en la tapa posterior de este folleto) para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

### **¿Qué ocurre con los pagos que ha hecho por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?**

Si se cambia a Original Medicare luego de ser miembro de nuestro plan: Si no obtuvo la propiedad del equipo médico duradero mientras estuvo inscrito en nuestro plan, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo mientras está inscrito en Original Medicare a fin de convertirse en su propietario.

Si realiza pagos por el equipo médico duradero mientras está inscrito en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, esos pagos previos a Original Medicare tampoco se tomarán en cuenta para los 13 nuevos pagos consecutivos. Deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo según lo establecido por Original Medicare a fin de obtener la propiedad del artículo. No existen excepciones en este caso cuando se vuelve a inscribir en Original Medicare.

---

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cómo comprender los servicios cubiertos.....</b>	<b>43</b>
Sección 1.1	Tipos de costos que debe pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.....	43
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Averigüe con esta Tabla de beneficios qué es lo que está cubierto .....</b>	<b>43</b>
Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan.....	43
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué beneficios no cubre el plan?.....</b>	<b>64</b>
Sección 3.1	Beneficios <i>no</i> cubiertos por el plan (exclusiones) .....	64

---

## **SECCIÓN 1      Cómo comprender los servicios cubiertos**

---

Este capítulo se centra en los servicios que están 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. Y también sobre los límites en determinados servicios.

<b>Sección 1.1      Tipos de costos que debe pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos</b>
---

Al obtener ayuda de Medicaid, usted no paga por los servicios cubiertos siempre y cuando siga las normas de los planes para obtener su atención. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 sobre las normas del plan para obtener atención médica).

---

## **SECCIÓN 2      Averigüe con esta *Tabla de beneficios* qué es lo que está cubierto**

---

<b>Sección 2.1      Sus beneficios médicos como miembro del plan</b>
--

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

- Los servicios que cubre Medicare y Medicaid deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Los servicios *deben* ser médicamente necesarios (se incluye atención médica, servicios, suministros y equipos). “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumple con los estándares aceptados de práctica médica.
- Algunos de los servicios descritos en la Tabla de beneficios están cubiertos *solo* si los recibe de un proveedor de la red. En el Capítulo 3 se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores que no pertenezcan a ella.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores 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 bajo Original Medicare, también cubrimos los servicios sin costos para usted.

Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se describen anteriormente.

## Tabla de beneficios

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<b>Atención para pacientes hospitalizados</b>	
<b>Atención para pacientes internados en un hospital</b> Los servicios para pacientes hospitalizados tienen cobertura los 365 días del año (366 días en un año bisiesto). Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).</li><li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li><li>• Servicios de enfermería permanentes.</li><li>• Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios).</li><li>• Medicamentos.</li><li>• Análisis de laboratorio.</li><li>• Radiografías y otros servicios radiológicos.</li><li>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.</li><li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.</li><li>• Costos de la sala de operaciones y de recuperación.</li><li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</li><li>• Servicios de atención por abuso de sustancias tóxicas para pacientes hospitalizados.</li><li>• 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.</li><li>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. Cobertura de sangre total, concentrado de glóbulos rojos y todos los demás componentes de la sangre desde la primera pinta de sangre utilizada.</li><li>• Servicios médicos.</li></ul>	

Dentro y fuera de la red:

Copago de \$0

Se requiere *autorización previa* para la atención de pacientes internados en un hospital en situaciones que no son de emergencia.

Beneficio de cobertura doble.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Nota:</b> Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe hacer una orden de internación para que se lo ingrese al hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, se lo puede considerar un “paciente externo”. Si no está seguro de ser considerado un paciente hospitalizado, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>Puede también obtener más información en la hoja de datos de Medicare titulada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente externo? Si tiene Medicare, consulte). Esta hoja de datos está disponible en Internet en <a href="http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf">http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención psiquiátrica que requieren hospitalización. La atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados está cubierta por hasta 365 días (366 días en un año bisiesto).</li></ul> <p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$0</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> para la atención psiquiátrica de pacientes hospitalizados en situaciones que no son de emergencia. Llame a ValueOptions al 1-866-318-7595.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b></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>Usted tiene hasta 100 días de cobertura por cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).</li><li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li><li>• Servicios de enfermería permanentes.</li><li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li><li>• 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).</li><li>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. Cobertura de sangre total, concentrado de glóbulos rojos y otros componentes desde la primera pinta de sangre utilizada.</li><li>• Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF.</li><li>• Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF.</li><li>• Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF.</li><li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF.</li><li>• Servicios médicos.</li></ul>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i>.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados durante una estadía sin cobertura en un hospital</b></p> <p>Si ya ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía en el hospital no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía en el hospital. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos tipos de servicios que recibe mientras todavía se encuentre en el centro de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Estos son algunos de los servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios médicos.</li></ul>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i>.</p>



Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio).</li> <li>• Tratamiento con rayos X, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos.</li> <li>• Vendajes quirúrgicos.</li> <li>• Entablillados, yesos y otros dispositivos para reducir fracturas y dislocaciones.</li> <li>• Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos.</li> <li>• Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluso ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> </ul>	<p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Atención médica a domicilio a través de una agencia</b></p>	
<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería especializada o de un auxiliar de atención de la salud en el hogar 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 un auxiliar de atención de la salud en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios sociales y médicos.</li> <li>• Equipos y suministros médicos.</li> <li>• Servicios de salud a domicilio cubiertos por Medicaid, incluida la prestación de servicios de cuidados especializados no cubiertos por Medicare y/o de un auxiliar de atención de la salud en el hogar requeridos por un plan de atención aprobado desarrollado por una agencia de atención en el hogar con licencia.</li> </ul>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i>.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Atención en un hospicio</b></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>Original Medicare (más que nuestro plan) pagará por los servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras utilice el programa del hospicio, el proveedor del hospicio le enviará facturas a Original Medicare por los servicios que esta empresa paga.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor.</li><li>• Cuidados paliativos a corto plazo.</li><li>• Atención en el hogar.</li></ul> <p>Sigue siendo miembro de nuestro plan. Si necesita atención fuera del hospicio (atención que no está relacionada con su enfermedad terminal), tiene dos opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• puede obtener atención fuera del hospicio por parte de los proveedores del plan. En este caso, solo pagará los costos compartidos aprobados por el plan; o</li><li>• puede obtener cobertura de Original Medicare para su atención. En este caso, deberá pagar los montos del costo compartido de conformidad con lo dispuesto por Original Medicare, excepto por la atención de emergencia o de urgencia. No obstante, después de pagar, puede solicitarnos que le reembolsemos la diferencia entre el costo compartido de nuestro plan y el costo compartido de Original Medicare.</li></ul> <p><b>Nota:</b> Si necesita atención fuera del hospicio (atención que no está relacionada con su enfermedad terminal), debe ponerse en contacto con nosotros para que coordinemos los servicios. Si recibe la atención fuera del hospicio a través de los proveedores de nuestra red, reducirá la parte que le corresponde del costo compartido de los servicios.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificados por Medicare, los servicios del hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su enfermedad terminal los paga Original Medicare, no GuildNet Health Advantage.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare.</p>

**Servicios cubiertos**

**Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios**

**Servicios para pacientes externos**

**Servicios médicos, incluso consultas en el consultorio del médico**

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios quirúrgicos o médicos médicamente necesarios recibidos en el consultorio de un médico, en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, en el departamento ambulatorio de un hospital o en cualquier otro centro.
- Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.
- Exámenes básicos auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por un proveedor, en caso de que el médico lo indique para comprobar si necesita tratamiento médico.
- Consultas de telesalud, incluso interconsultas con un especialista, y el diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.
- Segunda opinión antes de una cirugía.
- 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.

Dentro y fuera de la red:

Copago de \$0.

Beneficio de cobertura doble.

**Servicios hospitalarios para pacientes externos.**

Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento para pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios recibidos en un departamento de emergencias o clínica para pacientes externos, incluida la cirugía ambulatoria.
- Análisis de laboratorio facturados por el hospital.
- Atención psiquiátrica, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si el médico certifica que sería

Dentro y fuera de la red:

Copago de \$0.

Beneficio de cobertura doble.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>independientemente necesario el tratamiento para el paciente hospitalizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías y otros servicios radiológicos facturados por el hospital.</li> <li>• Suministros médicos, tales como entablillados y yesos.</li> <li>• Algunos exámenes de detección y servicios preventivos.</li> <li>• Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede autoadministrarse.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Salvo que el proveedor haya indicado por escrito su internación en el hospital, será considerado un paciente externo y pagará los montos de los costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes externos. Incluso si pasa la noche en el hospital, se lo puede considerar un “paciente externo”. Si no está seguro de que se lo considere un paciente externo, consulte al personal del hospital.</p> <p>Puede también obtener más información en la hoja de datos de Medicare titulada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente externo? Si tiene Medicare, consulte). Esta hoja de datos está disponible en Internet en <a href="http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf">http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Servicios de quiropráctica</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.</li> </ul>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> luego de la primera consulta. Llame a Palladian Muscular Skeletal Health al 1-866-284-2901.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios de podiatría</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos).</li><li>• Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.</li><li>• Cuidado de los pies médicamente necesario.</li></ul>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Atención psiquiátrica para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios psiquiátricos prestados por un médico, 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>Se requiere <i>autorización previa</i> luego de las primeras 5 consultas.</p> <p>Llame a ValueOptions al 1-866-318-7595.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, que se proporciona en un entorno hospitalario para pacientes externos o un centro comunitario de atención psiquiátrica, más intenso que la atención que se brinda en el consultorio de un médico o terapeuta. Además, es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i>.</p> <p>Llame a ValueOptions al 1-866-318-7595.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos</b></p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> luego de las primeras 5 consultas. Llame a ValueOptions al 1-866-318-7595.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</b></p> <p><b>Nota:</b> Si se someterá a una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente hospitalizado o un paciente externo. Salvo que el proveedor haya indicado por escrito su internación en el hospital, será considerado un paciente externo y pagará los montos de los costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, se lo puede considerar un “paciente externo”.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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 están autorizados por el plan. La afección de la persona miembro debe requerir el transporte en ambulancia en sí y el nivel de servicio provisto para que el servicio facturado se considere médicamente necesario.</li> <li>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.</li> </ul>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia, los que se deben proporcionar dentro de la red.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>Atención de emergencia es la atención necesaria para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.</p> <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre la salud y la medicina, consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, pérdida de un miembro o pérdida de la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Cobertura mundial.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Si necesita recibir atención para pacientes hospitalizados después de que su situación de emergencia se estabilice, el plan debe autorizarla.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Atención de urgencia</b></p> <p>Atención de urgencia es la atención que se provee para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata.</p> <p>Cobertura nacional.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Servicios ambulatorios de rehabilitación</b></p> <p>Algunos de los servicios cubiertos son: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios ambulatorios de rehabilitación se proveen en varios entornos ambulatorios, como, por ejemplo, los departamentos ambulatorios de hospitales, los consultorios de terapeutas independientes y los centros ambulatorios de rehabilitación integrales (CORF, por sus siglas en inglés).</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> para los servicios de los centros ambulatorios de rehabilitación integrales (CORF, por sus siglas en inglés). Se requiere <i>autorización previa</i> luego de la primera consulta de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Los programas integrales que incluyen ejercicio, educación y orientación tienen cobertura para los miembros que reúnan ciertas condiciones y tengan indicación del médico. El plan cubre también los programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son por lo general más rigurosos o más intensivos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> luego de la 36<sup>ta</sup> consulta.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar tienen cobertura para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) de moderada a grave y tengan indicación del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica para recibir rehabilitación pulmonar.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> luego de la 36<sup>ta</sup> consulta.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Equipo médico duradero y suministros relacionados</b></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>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> para los artículos que superen los \$500 y aquellos que requieran un certificado de necesidad médica.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>



Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</b></p> <p>Dispositivos (salvo los dentales) que sustituyen una parte del cuerpo o el funcionamiento de una parte del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de las cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> para los artículos que superen los \$500 y aquellos que requieran un certificado de necesidad médica.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</b></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"> <li>• 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.</li> <li>• 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 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.</li> <li>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes se cubre en determinadas circunstancias.</li> </ul>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</b></p> <p>Estos son algunos de los servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías.</li> <li>• Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales de los técnicos.</li> <li>• Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes.</li> </ul>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i> para imagen por resonancia magnética (MRI,</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"><li>• Entablillados, yesos y otros dispositivos para reducir fracturas y dislocaciones.</li><li>• Análisis de laboratorio.</li><li>• Cobertura de sangre total, concentrado de glóbulos rojos y otros componentes desde la primera pinta de sangre utilizada.</li><li>• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos.</li></ul>	<p>por sus siglas en inglés), angiografía por resonancia magnética (MRA, por sus siglas en inglés), tomografía axial computarizada (CT, por sus siglas en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés), estudios de imagen de medicina nuclear y exámenes genéticos. Su médico debe llamar a CareCore al 1-800-835-7064 para obtener autorización.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Atención de la vista</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y afecciones de la vista. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto.</li><li>• 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: pruebas de detección de glaucoma una vez al año.</li><li>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si usted se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos luego de la segunda cirugía). Lentes o monturas correctivas (y reemplazos) que deben usarse después de la extracción de cataratas en la que no se implanta un lente.</li><li>• Un par de anteojos o lentes de contacto por año. Los anteojos y lentes son de una colección limitada de Davis Vision. Segundo par de anteojos por año hasta un máximo de \$200.</li><li>• Dispositivos de ayuda y servicios para la deficiencia visual.</li><li>• Un examen de rutina de la vista por año.</li></ul>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se puede requerir <i>autorización previa</i> en algunos casos, como en la atención de la vista de rutina.</p> <p>Llame a Davis Vision al 1-800-999-5431.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<b>Servicios preventivos</b>	
Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo bajo Original Medicare, también cubrimos los servicios sin costos para usted.	
<p><b>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si lo derivan para hacerse esta prueba como consecuencia de los resultados del examen físico que le practicaron en la “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Medición de la masa ósea</b></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: procedimientos para identificar la 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 de cobertura doble.</p>
<p><b>Examen de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses.</li> <li>• Análisis de sangre oculta en la materia fecal cada 12 meses</li> </ul> <p>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses.</li> </ul> <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.</li> </ul>	<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><b>Prueba de detección de VIH</b></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"> <li>Una prueba de detección cada 12 meses</li> </ul> <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo</li> </ul>	<p>Dentro y fuera de la red:                      Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Inmunizaciones</b></p> <p>Algunos de los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vacuna contra la neumonía.</li> <li>Vacunas antigripales una vez por año en el otoño o el invierno.</li> <li>Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.</li> <li>Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare.</li> </ul> <p>También brindamos cobertura para algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:                      Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p>
<p><b>Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años.</li> <li>Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más.</li> <li>Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.</li> </ul>	<p>Dentro y fuera de la red:                      Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble</p>
<p><b>Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina.</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para todas las mujeres: Están cubiertas las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos una vez cada 24 meses.</li> <li>Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou y está en edad de procrear: una prueba de Papanicolau cada 12 meses.</li> </ul>	<p>Dentro y fuera de la red:                      Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Exámenes para detección del cáncer de próstata</b></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"> <li>• Tacto rectal.</li> <li>• Análisis del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)</li> </ul>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de la enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Examen físico “Bienvenida a Medicare”</b></p> <p>El plan cubre un examen físico único “Bienvenida a Medicare” que incluye una revisión de su estado de salud, así como también educación y orientación sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos determinados exámenes de detección y ciertas vacunas), y las remisiones para recibir otra atención si fuera necesario.</p> <p><b>Importante:</b> Deberá someterse al examen físico dentro de los primeros 12 meses de inscripción a la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su examen físico “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible para el examen Bienvenida a Medicare.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Consulta de salud anual</b></p> <p>Si tiene la cobertura de la Parte B desde hace más de 12 meses, puede realizar una consulta de salud anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en base a su estado de salud actual y sus factores de riesgo. Se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> No puede realizar su primera consulta de salud anual dentro de los 12 meses de la realización del examen “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que se realice el examen “Bienvenida a Medicare” para recibir la cobertura de las consultas de salud anuales luego de haber tenido la cobertura de la Parte B por 12 meses.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>No debe pagar coseguro, copago ni deducible por la consulta de salud anual.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Examen de detección de la diabetes</b></p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye análisis de glucosa basal) si padece algunos de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar en sangre (glucosa). También podemos cubrir los exámenes si reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiar de diabetes.</p> <p>De acuerdo con los resultados de estos exámenes, es posible que sea elegible para dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses como máximo.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Tratamiento médico nutricional</b></p> <p>Este beneficio está destinado a las personas que tienen diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (sin diálisis) o para las que han tenido un trasplante, con indicación del médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en el que recibe los servicios de tratamiento médico nutricional de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare), y, luego, 2 horas por año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico se modifica, puede recibir más horas de tratamiento con la ◉indicación◉ de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y actualizar la ◉indicación◉ anualmente si el tratamiento resulta necesario por otro año calendario.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Programa para dejar de fumar (orientación para dejar de fumar)</b></p> <p>Si consume tabaco, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco, cubrimos dos consultas de asesoramiento para intentar dejar de fumar dentro de un período de 12 meses. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p>Si consume tabaco y se le diagnostica una enfermedad relacionada con el tabaco o si toma medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco, cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos consultas de asesoramiento para intentar dejar de fumar dentro de un período de 12 meses. Cada intento de orientación incluye hasta cuatro consultas personales; sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable para pacientes hospitalizados o pacientes externos.</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

### Otros servicios

#### Servicios para el tratamiento de la enfermedad renal y afecciones

Los servicios cubiertos incluyen:

- 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. Para los miembros que padecen enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación 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 hospitalizados (si es ingresado como paciente hospitalizado 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 casa).
- Equipos y suministros para autodiálisis en su casa.
- Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para verificar el progreso del tratamiento de diálisis en el hogar, ayudar en casos de emergencia y revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).

Algunos medicamentos indicados para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección que figura a continuación, “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.

Dentro y fuera de la red:

Copago de \$0.

Beneficio de cobertura doble.

#### Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare

La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:

- Medicamentos que por lo general no son autoadministrados por el paciente y son inyectados o administrados por infusión mientras recibe los servicios del médico, hospital para pacientes externos o centro quirúrgico ambulatorio.

Dentro y fuera de la red:

Copago de \$0.

Se requiere *autorización previa*.

Beneficio de cobertura doble.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
---------------------	--

- Medicamentos que se aplican utilizando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) autorizados por el plan.
- Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.
- Medicamentos inmunosupresores, si se inscribió en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órganos.
- 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 casa, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).
- Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.

El Capítulo 5 explica el beneficio de 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.

### Beneficios adicionales

#### Servicios odontológicos

Cubrimos los servicios odontológicos cubiertos por Medicaid que incluyen atención odontológica preventiva, ☉ profiláctica y de rutina de otro tipo, servicios y suministro de prótesis ☉dentales para aliviar una afección médica grave. Servicios odontológicos quirúrgicos ambulatorios o para ☉pacientes hospitalizados (cuando los cubra Medicare).

Se cubren los servicios odontológicos cubiertos por Medicaid solo para los residentes de la ciudad de Nueva York. Sin cobertura para los residentes de los condados de Nassau y Suffolk.

Los servicios odontológicos cubiertos por Medicare tienen cobertura para todos los miembros.

Únicamente dentro de la red:

Copago de \$0.

Se requiere *autorización previa*.

Beneficio cubierto por Medicaid.



Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Servicios auditivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes auditivos de diagnóstico.</li> <li>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.</li> </ul>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></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"> <li>Materiales educativos impresos sobre la salud, que incluyen boletines informativos.</li> <li>Formación nutricional.</li> <li>Línea directa de enfermería.</li> </ul>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p><b>Servicio de enfermería privada</b></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 puede ser el hogar del miembro.</p> <p>Los servicios de enfermería privada están cubiertos cuando el médico asignado determina que son médicamente necesarios. Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, de medio tiempo o continuos y se brindan de acuerdo con el plan de tratamiento por escrito del médico que indica los servicios, el auxiliar médico titulado o el enfermero practicante diplomado.</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i>.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>Transporte (rutina)</b></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 acompañarlo, de ser necesario.</p> <p>Solo se cubre para residentes de la ciudad de Nueva York. Sin cobertura para los residentes de los condados de Nassau y Suffolk.</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere <i>autorización previa</i>.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid.</p>

## SECCIÓN 3 ¿Qué beneficios no cubre el plan?

### Sección 3.1 Beneficios *no* cubiertos por 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 productos o servicios que son excluidos por Medicare. Para obtener más información sobre los beneficios de Medicaid, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están en la tapa posterior de este folleto).

La lista detallada más abajo describe algunos servicios y productos que no cuentan con cobertura del plan en ninguna circunstancia, y algunos otros que el plan excluye solo en determinadas condiciones específicas. La lista también le indicará si el servicio o 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 servicios y productos no están cubiertos por Original Medicare ni por nuestro plan, salvo que indiquemos lo contrario:**

- Servicios que no se consideren razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare o el servicio de pago por servicio de Medicaid, a menos que dichos servicios figuren en nuestro plan como servicios cubiertos.
- Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que Original Medicare los cubra o estén bajo un estudio de investigación clínico aprobado por Medicare o un servicio de pago por servicio de Medicaid. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3). Elementos y procedimientos experimentales son aquellos que, según nuestro plan y Original Medicare, no deben ser aceptados generalmente por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para obesidad morbosa, salvo cuando se considere médicamente necesario y Original Medicare lo cubra.
- Habitación privada en un hospital, salvo cuando se considere médicamente necesario.
- Los servicios del personal de enfermería particular están cubiertos por nuestro plan como un beneficio de Medicaid.
- Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.
- Cuidado asistencial en un centro de atención de enfermería especializada, a menos que se brinde por medio de servicios cubiertos de atención de enfermería especializada o de rehabilitación especializada. El cuidado asistencial, o cuidado no especializado, se refiere a la ayuda que necesita para realizar las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.
- Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.
- Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia.
- Comidas entregadas en su casa.
- Procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (incluso 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.
- La atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas está cubierta por nuestro plan como un beneficio de Medicaid exclusivo para la ciudad de Nueva York. Los cuidados dentales que no son de rutina y son necesarios para tratar enfermedades o lesiones pueden estar cubiertos como atención para pacientes externos u hospitalizados.
- 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 limitada 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, salvo los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
- Los exámenes auditivos de rutina, los audífonos o los exámenes para ajustar los audífonos están cubiertos por nuestro plan como un beneficio de Medicaid.
- Los anteojos, los exámenes de la vista de rutina, el tratamiento de la vista y otros dispositivos de ayuda para baja visión están cubiertos por nuestro plan como un beneficio de Medicaid. La queratotomía radial y la cirugía LASIK no están cubiertas. 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 enumeraron anteriormente. Aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, los servicios excluidos no se cubrirán.

**Los siguientes servicios están cubiertos por el servicio de pago por servicio de Medicaid. Para acceder a estos servicios, puede acercarse a cualquier proveedor de Medicaid con su tarjeta de Medicaid. Debe seguir todas las normas de Medicaid para acceder a estos servicios.**

### **1. Ciertos medicamentos, artículos de farmacia y vitaminas:**

El programa de pago por servicio de 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 D del plan. Las fórmulas enterales y los suministros médicos no están cubiertos por Medicare

### **2. Servicios de planificación familiar fuera de la red:**

Puede acudir a cualquier médico o clínica de Medicaid que brinde servicios de planificación familiar. No se necesita una remisión de su Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). El programa de pago por servicio de Medicaid le reembolsará directamente al proveedor.

---

### **3. Programa de tratamiento de mantenimiento con metadona (MMTP, por sus siglas en inglés):**

El MMTP consiste en la desintoxicación de medicamentos, asesoramiento y servicios de rehabilitación para farmacodependencia, incluso la administración de químicos del paciente con metadona. Puede recibir estos servicios del programa de pago por servicio de Medicaid.

### **4. Determinados servicios psiquiátricos:**

Puede recibir los siguientes servicios psiquiátricos del programa de pago por servicio de Medicaid:

- Tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica.
- Tratamiento de día.
- Tratamiento diario continuado.
- Administración de casos de enfermedad mental grave y persistente III (patrocinado por el estado o las unidades locales de salud mental).
- Hospitalización parcial no cubierta por Medicare.
- Tratamiento comunitario de reafirmación personal (ACT, por sus siglas en inglés).
- Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS, por sus siglas en inglés).

### **5. Servicios de rehabilitación que se brindan a personas que viven en Residencias comunitarias (CR, por sus siglas en inglés) y Programas de tratamiento basado en la familia autorizados por la Oficina de salud mental (OMH, por sus siglas en inglés):**

- Residencias comunitarias (CR, por sus siglas en inglés) autorizadas por la Oficina de Salud Mental.
- Tratamiento basado en la familia.

### **6. Oficina para personas con discapacidades del desarrollo (OPWDD, por sus siglas en inglés):**

- Terapias prolongadas.
- Tratamiento de día.
- Coordinación de Servicios de Medicaid (MSC, por sus siglas en inglés).

### **7. Programas integrales de administración de casos**

Estos son programas que brindan servicios de remisión para la administración de casos de “asistencia social” dirigidos a una población objetivo.

### **8. Tratamiento supervisado para tuberculosis.**

Puede recibir tratamiento supervisado, que es la ingesta oral directa de medicamentos para la tuberculosis (TB) para asegurar que el paciente cumpla con el régimen de medicamentos que el médico le recetó.

---

## **9. Atención médica diurna para adultos con SIDA**

Puede obtener Programas de atención médica diurna para adultos que ayudan a las personas con VIH a vivir de una manera más independiente en la comunidad o a eliminar la necesidad de servicios de atención médica residencial.

## **10. Administración de casos del programa COBRA para pacientes con VIH**

El programa de administración de casos de COBRA (Programa de seguimiento comunitario) para pacientes con VIH es un programa que proporciona administración intensiva de casos centrada en la familia y actividades de seguimiento comunitario por parte de administradores de casos, técnicos de administración de casos y trabajadores de seguimiento de la comunidad.

## **11. Servicios del programa de excepción en el hogar y la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés)**

Es posible que tenga que cancelar su inscripción en GuildNet Health Advantage si se inscribe en uno de estos programas. Póngase en contacto con su Administrador de casos para obtener más información.

## **12. Días en un centro de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) que no cubre Medicare.**

Medicaid cubre, mediante la modalidad de pago por servicio, los días en un centro de atención de enfermería especializada que superen los primeros 100 días del período de beneficios.

GuildNet Health Advantage cancelará su inscripción en el plan si su ingreso o estadía en una institución residencial (centro de atención de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo) se clasifica como permanente al momento de su ingreso o luego de este.

## **13. Servicios de atención personal (PCS, por sus siglas en inglés).**

Se brinda ayuda parcial o total para realizar actividades como higiene personal, vestirse y alimentarse, y para tareas de apoyo nutricional y ambiental (preparación de comidas y tareas domésticas). Tales servicios deben ser fundamentales para el mantenimiento de su salud y su seguridad en el hogar. Los servicios deben ser indicados por un médico y debe existir una necesidad médica para recibirlos. Las agencias autorizadas de atención a domicilio, a diferencia de las agencias certificadas de atención de la salud en el hogar, son los proveedores primarios de servicios de atención personal (PCS, por sus siglas en inglés).

## **14. Atención médica diurna para adultos.**

La atención y los servicios que se brindan a la persona inscrita en un centro de atención médica residencial o un centro de extensión aprobado según indicación médica de un médico y que proporcione el personal del programa de atención médica diurna para adultos, de conformidad con una evaluación integral de las necesidades de atención médica y un plan de atención médica personalizado, además de brindar la implementación y coordinación continua del plan de atención médica y transporte.

---

**15. Servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS, por sus siglas en inglés).**

Los servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS, por sus siglas en inglés) consisten en un equipo de comunicaciones electrónico en su domicilio que emite señales a una agencia de monitoreo al activarse o en caso de que no se haya reiniciado un temporizador, de manera tal que la agencia de monitoreo notifica al servicio de respuesta ante emergencias.

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>72</b>
Sección 1.1	En este capítulo, se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D .....	72
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D .....	73
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....</b>	<b>73</b>
Sección 2.1	Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red.....	73
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red .....	73
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan .....	74
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? .....	75
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan? .....	75
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan.....</b>	<b>76</b>
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura.....	76
Sección 3.2	Hay 4 “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos .....	77
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? .....	78
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos .....</b>	<b>78</b>
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? .....	78
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones? .....	79
Sección 4.3	¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos? .....	80



<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que estuviese? .....</b>	<b>80</b>
Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera .....	80
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? .....	81
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? .....	83
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? .....</b>	<b>84</b>
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año .....	84
Sección 6.2	¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que está tomando? .....	84
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>¿Qué tipos de medicamentos no cubre el plan? .....</b>	<b>85</b>
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos .....	85
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta .....</b>	<b>87</b>
Sección 8.1	Muestre la tarjeta de miembro .....	87
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro? .....	87
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales .....</b>	<b>87</b>
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía? .....	87
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo? .....	87
Sección 9.3	¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo para jubilados? .....	88
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Programas sobre la seguridad de los fármacos y el manejo de los medicamentos .....</b>	<b>89</b>
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura .....	89
Sección 10.2	Programas para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos .....	90



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

Debido a que es elegible para Medicaid, usted reúne los requisitos y obtiene “ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Dado que participa en el programa de Ayuda adicional, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en 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) (Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este documento, llame al Servicio para los miembros y solicite la “Cláusula adicional a la evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta” (Cláusula adicional LIS). En la tapa posterior de este folleto, encontrará los números de teléfono del Servicio para los miembros.

---

## SECCIÓN 1 Introducción

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>En este capítulo, se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D</b>
--------------------	---

En este capítulo se explican las reglas 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 la cobertura para los medicamentos de la Parte D, GuildNet Health Advantage también cubre algunos medicamentos en virtud de los beneficios médicos del plan:

- El plan cubre los medicamentos que le dan durante las estadias cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*), se detallan los beneficios y costos de los medicamentos durante las estadias cubiertas en el hospital o en un 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 y lo que le corresponde pagar*), se detallan la cobertura y los costos de los medicamentos de la Parte B.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Más adelante en este capítulo, le proporcionaremos información sobre la cobertura de los medicamentos con receta de Medicaid.

**En este capítulo, se explican las reglas para utilizar su cobertura para los medicamentos de la Parte D de Medicare.** 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*).

<b>Sección 1.2</b>	<b>Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D</b>
--------------------	--

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

- Debe tener un proveedor (un médico u otra persona autorizada a recetar medicamentos) que le emita su receta.
- Debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su medicamento 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 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse por una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o está respaldado por determinados libros de referencia. Para obtener más información sobre una indicación médicamente necesaria, consulte la Sección 4).

---

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

---

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

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

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 cubre la Lista de medicamentos del plan.

<b>Sección 2.2</b>	<b>Cómo encontrar farmacias de la red</b>
--------------------	---

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web ([www.guildnetny.org](http://www.guildnetny.org)) o llamar al Servicio para los miembros (en la tapa posterior de este folleto encontrará 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 proveedor 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 dentro de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Servicio para los miembros (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono) o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [www.guildnetny.org](http://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 casa.
- 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 del centro 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 Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación de proveedores 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 farmacias* o llame al Servicio para los miembros.

## 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 para 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 están marcados como **medicamentos para “pedidos por correo”** del plan en nuestra Lista de medicamentos.

Nuestro servicio de pedidos por correo del plan le permite solicitar un **suministro de 90 días como máximo**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, puede hacer lo siguiente:

- descargar el formulario al visitar nuestro sitio web en [www.guildnetny.org](http://www.guildnetny.org); o
- llamar al Servicio para los miembros (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

Por lo general, el pedido que se realiza a una farmacia de pedidos por correo llega en un máximo de 14 días. Para asegurarse de tener siempre un suministro de medicamentos, puede pedirle a su médico que le dé una receta para un mes, que permite obtener el medicamento en una farmacia minorista de inmediato, y una segunda receta por hasta 90 días que puede enviar con su formulario de pedido por correo.

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

El plan cuenta con dos formas en las que puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos para “pedido por correo” de la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos para pedido por correo 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 para pedido por correo. En el *Directorio de farmacias* se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos para pedido por correo. Para obtener más información, también puede llamar al Servicio para los miembros.
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 pedidos por correo están marcados como **medicamentos para “pedidos por correo”** del plan en nuestra Lista de medicamentos. Nuestro servicio de pedidos por correo del plan le permite solicitar un suministro de 90 días como máximo. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

#### **Sección 2.5      ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan?**

**Es posible que, en determinadas circunstancias, su medicamento con receta esté 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, minoristas o que brinden servicio de pedido por correo (incluidos los medicamentos únicos y 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.

### ¿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 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

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura</b>
--------------------	--

El plan cuenta con una "*Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*". En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la "Lista de medicamentos" para abreviar.**

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

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 de un medicamento que:

- está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos. (Es decir, que la Administración de Drogas y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección por la cual se receta el medicamento).

- *o bien* está respaldado en determinados 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 y 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 recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista un medicamento en particular.

Algunos medicamentos están cubiertos por New York Medicaid. El programa de pago por servicio de 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 utilizar su tarjeta de Medicaid para obtener estos productos.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Hay 4 “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos</b>
--------------------	--

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 4 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos
- 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.

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 3 formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. (Tenga en cuenta que: La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que usan con mayor frecuencia nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no se incluyen en la Lista de medicamentos impresa. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio para los miembros para averiguar si está cubierto).
2. Visite el sitio web del plan ([www.guildnetny.org](http://www.guildnetny.org)). En el sitio web siempre encontrará la Lista de medicamentos 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 tapa posterior de este folleto, encontrará 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 recetados, 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 reglas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y eficaz. 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 los reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y la distribución de costos de los medicamentos.

**Si existe alguna restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos dicho medicamento.**

Si desea que no apliquemos alguna restricción, deberá utilizar el proceso de apelaciones formales y solicitarnos que hagamos una excepción. Puede que resolvamos aplicar la restricción o no hacerlo. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).



## 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

Generalmente, un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y, 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 de un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si el médico ha escrito “sin sustitución” en la receta para un medicamento de -marca *o bien* nos ha informado el motivo médico por el cual el medicamento genérico y otros medicamentos cubiertos no servirían para tratar su afección, entonces 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 que cubramos determinados medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la autorización del plan. Esto se denomina “**autorización previa**”. A veces, el requisito para obtener la 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 con la misma eficacia 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

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

---

**Sección 4.3      ¿Se aplica alguna de estas restricciones 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 en la tapa posterior de este folleto) o visite nuestro sitio web ([www.guildnetny.org](http://www.guildnetny.org)).

**Si existe alguna restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos dicho medicamento.** Si hay alguna restricción sobre el medicamento que desea tomar, debe ponerse en contacto con el Servicio para los miembros para conocer los pasos que deben seguir usted o su proveedor para obtener la cobertura de ese medicamento. Si desea que no apliquemos alguna restricción, deberá utilizar el proceso de apelaciones formales y solicitarnos que hagamos una excepción. Puede que resolvamos aplicar la restricción o no hacerlo. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

---

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

---

**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 recetado que está tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería tomar. 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 alguno de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, podría requerírsele que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que quiere tomar. También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, puede que usted quiera que hagamos una excepción. Por ejemplo, es posible que usted quiera que cubramos un medicamento determinado sin tener que probar con otros medicamentos antes. O quizá quiera que cubramos una parte mayor de un medicamento (mayor cantidad de píldoras, etc.) de lo estipulado 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 4 niveles diferentes de costo compartido. El monto que pague por su receta depende en parte del nivel de costo compartido en el que se incluye su medicamento.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviese. 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 5.2 para informarse 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 5.3 para informarse sobre lo que puede hacer.

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

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). Esto le dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar a otro medicamento o presentar una solicitud para que lo cubramos.
- Usted puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

### **Usted puede conseguir un suministro temporal**

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

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

#### **1. El cambio en su cobertura para medicamentos debe ser de 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 4 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 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 máximo de 31 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 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 aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días, residen 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, hasta un suministro de transición de 98 días. Esto es complementario al suministro de transición 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 un resurtido “temprano” 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 en la tapa posterior de este folleto).

Durante el período en que vaya a obtener el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando dicho suministro se agote. Usted puede cambiarse a un medicamento cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

## **Usted puede cambiar a otro medicamento**

Comience consultando 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.

### **Puede solicitar una excepción.**

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en su caso y cubra el medicamento como desearía que sea cubierto. Si existen razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. 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 solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

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

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

## **Usted puede cambiar a otro medicamento**

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, 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.

### **Puede solicitar una excepción.**

Para los medicamentos de Nivel 2 y 3, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si existen razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

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

Los medicamentos de algunos de nuestros niveles de costo compartido no son elegibles para este tipo de excepciones. No reducimos el monto del costo compartido de los medicamentos del Nivel 4: medicamentos especializados.

---

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

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año</b>
--------------------	--

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.** Poner nuevos medicamentos a disposición, 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 y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que es ineficaz.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o 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 4 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 a la Lista de medicamentos del plan.

<b>Sección 6.2</b>	<b>¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que está tomando?</b>
--------------------	--

### ¿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 ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista. Le haremos saber este cambio de inmediato. Su proveedor también tendrá conocimiento de este cambio, y podrá colaborar con usted para 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 ni ninguna 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 obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 (Qué 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 haremos saber este cambio de inmediato.
  - Su proveedor también tendrá conocimiento de este cambio, y podrá colaborar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

---

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

---

<b>Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos</b>
--

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: Si el medicamento solicitado se determina en apelación que 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 de un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9 de este folleto). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, deberá pagarlo usted.

A continuación, tres reglas 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 es respaldado por cualquiera de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso para una indicación no autorizada”.

Además, por ley, las categorías de los medicamentos que se detallan a continuación 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 y benzodiazepinas.

Algunos de estos medicamentos excluidos están cubiertos por New York Medicaid. 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 utilizar su tarjeta de Medicaid para obtener estos elementos en cualquier farmacia participante.



---

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

---

<b>Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro</b>
--

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red facturará al plan de forma automática la parte que *nos* corresponde del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo al momento de recoger su medicamento con receta.

<b>Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?</b>
---

Si usted no trae su tarjeta de miembro del plan al momento de obtener un medicamento con 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

---

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

Si ingresa en un hospital o 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 con 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.

<b>Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo?</b>
--

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 esta sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte de la red, o si necesita más información, comuníquese con el Servicio para los miembros.

### **¿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 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 o si el plan tiene alguna restricción sobre la cobertura para este medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, hasta un suministro de transición de 98 días, o menos, si su receta está indicada para menos días.

Durante el período en que vaya a obtener el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando dicho suministro se agote. 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 le gustaría que sea cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer.

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

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? Si es así, 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 que le diga 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 el plan incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, se prevé que pague al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados de Medicare.

**Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable** porque puede que los necesite posteriormente. 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 con el empleador o sindicato.

---

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

---

<b>Sección 10.1      Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura</b>
---

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudar a garantizar que están recibiendo una atención segura y apropiada. 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 obtiene un medicamento con 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 corregirlo.

---

<b>Sección 10.2</b>	<b>Programas para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos</b>
---------------------	--

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 sus costos en 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 están 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, infórmenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, póngase en contacto con el Servicio para los miembros (a los números de teléfono que aparecen en la tapa posterior de este folleto).

---

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>93</b>
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con la demás documentación que explique la cobertura para medicamentos .....	93
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener e medicamento .....</b>	<b>94</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son las cuatro etapas de pago de medicamentos de los miembros de GuildNet Health Advantage? .....	94
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....</b>	<b>95</b>
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual que se denomina “Explicación de los beneficios” (EOB, por sus siglas en inglés) .....	95
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de los medicamentos .....	96
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>No hay deducible para GuildNet Health Advantage .....</b>	<b>97</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte .....</b>	<b>97</b>
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene .....	97
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por el suministro de un medicamento para <i>un mes</i> .....	98
Sección 5.3	Una tabla que muestra sus costos por el suministro de un medicamento <i>a largo plazo</i> (hasta 90 días).....	99
Sección 5.4	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total anual del costo de sus medicamentos ascienda a \$2,930.....	100
Sección 5.5	¿Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta?.....	101

---

<b>SECCIÓN 6</b>	<b>No hay período sin cobertura para GuildNet Health Advantage.....</b>	<b>104</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga todos los costos de sus medicamentos.....</b>	<b>104</b>
Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año .....	104
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene.....</b>	<b>104</b>
Sección 8.1	Nuestro plan tiene cobertura separada para el medicamento de vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna.....	104
Sección 8.2	Usted puede llamar a Servicios para los miembros antes de someterse a una vacunación.....	106



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

Debido a que es elegible para Medicaid, usted reúne los requisitos y obtiene “ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Dado que participa en el programa de Ayuda adicional, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en 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) (Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este documento, llame al Servicio para los miembros y solicite la “Cláusula adicional a la evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta” (Cláusula adicional LIS). En la tapa posterior de este folleto, encontrará los números de teléfono del Servicio para los miembros.

---

## SECCIÓN 1 Introducción

---

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

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. Como se explica en el Capítulo 5 (no todos los medicamentos forman parte de la Parte D) algunos medicamentos están excluidos de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid.

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita la información básica acerca de los medicamentos que están cubiertos, dónde obtenerlos 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, la denominamos “Lista de medicamentos”.
  - Esta Lista indica cuáles medicamentos están cubiertos para usted.
  - También le dice en cuál de los 4 “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 en la tapa posterior de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en

www.guildnetny.org. En el sitio web siempre encontrará la Lista de medicamentos más actualizada.

- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5 se proporcionan detalles sobre la cobertura de medicamentos con receta, incluso las normas con las 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 se explica cómo puede obtener el suministro a largo plazo de un medicamento (como obtener un suministro del medicamento con receta para 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 cuatro etapas de pago de medicamentos para los miembros de GuildNet Health Advantage?

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

<b>Etapa 1</b> <i>Etapa del deducible anual</i>	<b>Etapa 2</b> <i>Etapa de cobertura inicial</i>	<b>Etapa 3</b> <i>Etapa del período sin cobertura</i>	<b>Etapa 4</b> <i>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</i>
<p>Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.</p> <p>Si recibe Ayuda adicional para pagar por sus medicamentos con receta, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.</p>	<p>Comienza en esta etapa de pago cuando obtiene el primer medicamento con receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte.</b></p> <p>Usted permanece en</p>	<p>Esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.</p>	<p>Durante esta etapa, <b>el plan pagará todos los costos</b> de sus medicamentos para el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2012).</p> <p>(Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo).</p>



	<p>esta etapa hasta que sus <b>“Costos totales de medicamentos”</b> del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) alcancen los \$2,930.</p> <p>(Puede ver los detalles en la Sección 5 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**

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Le enviamos un informe mensual que se denomina “Explicación de los beneficios” (EOB, por sus siglas en inglés)</b>
--------------------	---

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 o sus resurtidos 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 lo 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.

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

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que ha obtenido el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se denomina “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 actualizada la información sobre sus pagos de los medicamentos**

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos con receta que obtiene y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.
- **Asegúrese 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 registros de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que pague 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 la parte correspondiente al costo del 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 puede querer darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarnos 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 utilizando 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.
- **Envíenos 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, el Servicio de salud para la población india estadounidense y 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 los beneficios (EOB, por sus siglas en inglés), revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están en la tapa posterior de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Constituyen un registro importante sobre sus gastos en medicamentos.

---

---

## **SECCIÓN 4 No hay deducible 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**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene</b>
--------------------	---

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 (su copago). La parte que le corresponde del costo varía dependiendo del 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 4 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número del nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos
- 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 depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista de la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no pertenece a 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 farmacias* del plan.

<b>Sección 5.2</b>	<b>Una tabla que muestra sus costos por el suministro de un medicamento para <i>un mes</i></b>
--------------------	--

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

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

Como se muestra en el cuadro siguiente, el monto del copago depende del nivel de costo compartido en que se encuentra su medicamento y su nivel de ayuda adicional. Tenga en cuenta que:

- Si su medicamento cubierto tiene un costo inferior al monto del copago que figura en la tabla, pagará ese precio inferior por el medicamento. Pagará ya sea el precio total del medicamento o el monto del copago, *lo que sea inferior*.
- Cubrimos los medicamentos con receta que se obtienen en farmacias fuera de la red solo en determinadas situaciones. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que se obtienen en una farmacia fuera de la red.

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

	<b>Una farmacia de la red</b> (un suministro de hasta 30 días)	<b>El servicio de pedido por correo del plan</b> (un suministro de hasta 90 días)	<b>La farmacia de un centro de atención a largo plazo</b> (un suministro de hasta 31 días)	<b>Una farmacia fuera de la red</b> (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 30 días)
<b>Costo compartido</b>	Copago de cualquiera de los 3 de:	Copago de cualquiera de los 3 de:	Copago de cualquiera de los 3 de:	Copago de cualquiera de los 3 de:
<b>Nivel 1</b> (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0
	\$1.10	\$1.10	\$1.10	\$1.10
	\$2.60	\$2.60	\$2.60	\$2.60
<b>Costo compartido</b>	Copago de cualquiera de los 3 de:	Copago de cualquiera de los 3 de:	Copago de cualquiera de los 3 de:	Copago de cualquiera de los 3 de:
<b>Nivel 2</b> (medicamentos de marca preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Nivel 3</b> (medicamentos no preferidos)	\$3.30	\$3.30	\$3.30	\$3.30
<b>Nivel 4</b> (medicamentos especializados)	\$6.50	\$6.50	\$6.50	\$6.50

**Sección 5.3 Una tabla que muestra sus costos por el 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 una cantidad para 90 días como máximo. (Para más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5).

La tabla siguiente muestra lo que usted paga cuando recibe el suministro a largo plazo (90 días como máximo) 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 de:**

	<b>Una farmacia de la red</b> (un suministro de hasta 90 días)	<b>El servicio de pedido por correo del plan</b> (un suministro de hasta 90 días)
<b>Costo compartido</b>	Copago de cualquiera de los 3 de:	Copago de cualquiera de los 3 de:
<b>Nivel 1</b> (Genérico preferido)	\$0	\$0
	\$1.10	\$1.10
	\$2.60	\$2.60
<b>Costo compartido</b>	Copago de cualquiera de los 3 de:	Copago de cualquiera de los 3 de:
<b>Nivel 2</b> (medicamentos de marca preferidos)	\$0	\$0
<b>Nivel 3</b> (medicamentos no preferidos)	\$3.30	\$3.30
<b>Nivel 4</b> (medicamentos especializados)	\$6.50	\$6.50

**Sección 5.4      Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que su total anual del costo de sus medicamentos ascienda a \$2,930.**

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 \$2,930 para la Etapa de cobertura inicial.**

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

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Ver la Sección 6.2 para obtener más información acerca de cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo). Esto incluye:
  - El total que pagó como 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 estuvo inscrito en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento durante el año 2012, el monto que ha pagado el plan durante la Etapa de cobertura inicial también se considera para los costos totales de sus medicamentos).

En la Sección 5.5 se proporciona información sobre aquello que se considera para los costos que paga de su bolsillo.

La *Explicación de los 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 \$2,930.

Le haremos saber cuando alcance el monto límite de \$2,930. Si llega a esta cantidad, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de la cobertura en situaciones catastróficas.

<b>Sección 5.5</b>	<b>¿Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta?</b>
--------------------	---

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 \$4,700 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 pague de su bolsillo por sus medicamentos.

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

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **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 efectúe durante este año calendario como un miembro de un 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 hechos por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA o por el Servicio de salud para indígenas. También se incluyen los pagos que realiza el programa de “ayuda adicional” de Medicare.

**Paso a la etapa de la cobertura en situaciones catastróficas:**

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$4,700 en el 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 debe pagar 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.
- Medicamentos cubiertos exclusivamente por Medicaid.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, inclusive 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 por sus medicamentos genéricos mientras está en el Período sin cobertura.
- Pagos de sus medicamentos hechos por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos hechos 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 en la tapa posterior de este folleto).

---

### **¿Cómo se puede llevar un registro del total de los costos que paga de su bolsillo?**

- **Nosotros le ayudaremos.** La *Explicación de los beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés) que le enviamos incluye la cifra actual correspondiente a los costos que paga de su bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo, se explica este documento). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de \$4,700 en el año, este informe le dirá 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 asegurarse de que los registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

---

## **SECCIÓN 6 No hay período sin cobertura para GuildNet Health Advantage**

---

---

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

---

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

Usted reúne las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de \$4,700 para el año calendario. Una vez que esté 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**

---

<b>Sección 8.1</b>	<b>Nuestro plan tiene cobertura separada para las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de administración de las vacunas</b>
--------------------	--

Nuestro plan ofrece cobertura de una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Usted puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas en la Tabla de beneficios de la Sección 2.1 del Capítulo 4.

La cobertura de vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- 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 se paga por una vacuna de la Parte D?

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

- 1. El tipo de vacuna** (para qué se la aplican).
  - 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 vacuna.**
- 3. Quién le administra la vacuna.**

Lo que paga al 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 de la medicación, tanto de la vacuna en sí como de su aplicación. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que nos 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 esto, hay tres formas comunes de recibir la administración de la 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:* Le aplican la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacunación, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.

- Entonces podrá pedirle al plan que le devuelva nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos*).
- Se le reembolsará la cantidad que usted paga menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración).

*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 devuelva sus pagos usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por administrarle la vacuna.

<b>Sección 8.2</b>	<b>Usted puede llamar al Servicio para los miembros antes de recibir una vacuna.</b>
--------------------	--

Las normas para la cobertura de las vacunaciones son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que llame primero al Servicio para los miembros cuando esté planeando recibir una vacuna (los números de teléfono están en la tapa posterior de este folleto).

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle la parte que le corresponde del costo.
- Le podemos decir cómo mantener su propio costo bajo acudiendo a proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para solicitarnos que le devolvamos nuestra parte del costo.

---

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos por los servicios o medicamentos cubiertos .....</b>	<b>108</b>
Sección 1.1	Si usted paga por los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso.....	108
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....</b>	<b>110</b>
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago.....	110
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no .....</b>	<b>111</b>
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos .....	111
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos parte o el total del medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación.....	111
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias .....</b>	<b>112</b>
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarle las copias de sus recibos al plan para ayudarnos a hacer un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por medicamentos .....	112

---

## **SECCIÓN 1      Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos por los servicios o medicamentos cubiertos**

---

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

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

Si ya ha pagado por los servicios o los medicamentos cubiertos por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero, a menudo se le llama “reembolso”). Es su derecho 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 una factura que usted ya ha pagado, examinaremos la factura y decidiremos si los servicios o los medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos el dinero pagado por los servicios o medicamentos.

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

### **1. Cuando 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 solicitarle al proveedor que le envíe una factura al plan.

- Si usted paga el monto total al momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Puede 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 del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

---

## **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 más de lo que le corresponde del costo.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe pedirnos que le hagamos un reembolso por los servicios cubiertos.

## **3. Si está inscrito en nuestro plan en forma retroactiva**

En algunas ocasiones la inscripción de una persona es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción podría haber sido incluso el año pasado).

Si estaba inscrito de forma retroactiva en nuestro plan y ha pagado de su bolsillo por cualquier servicio o medicamento cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos la parte que nos corresponde pagar de los costos. Deberá enviarnos sus papeles para que administremos el reembolso.

- Póngase en contacto con el Servicio para los miembros para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso y conocer las fechas para realizar su solicitud.

## **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 enviarnos la reclamación directamente a nosotros. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (Cubrimos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Para obtener más información, consulte la Sección 3.5 del Capítulo 5).

- 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, puede que tenga que pagar el costo total del medicamento con usted mismo.

- 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, puede que tenga que 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, examinaremos la factura y decidiremos si los servicios o los medicamentos deben ser cubiertos. Esto se llama solicitar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos nuestra parte del costo por los servicios o los medicamentos. Si le negamos 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 y quejas]*) se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

---

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

---

<b>Sección 2.1      Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago</b>
---

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

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

- Usted no tiene que utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestra página web, [www.guildnetny.org](http://www.guildnetny.org), o llame al Servicio para los miembros y pida el formulario. En la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono del Servicio para los miembros.

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

GHI GuildNet

PO Box 1520, JAF Station

New York, NY 10116-1520



Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio para los miembros. Si usted no sabe lo que lo que debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué tiene que hacer con ellas, podemos ayudarle. 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**

---

<b>Sección 3.1      Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos</b>
---

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

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

<b>Sección 3.2      Si le comunicamos que no pagaremos parte o el total del medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación</b>
---

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que está 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 leyendo la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 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 4, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

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

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>En algunos casos, debe enviarle las copias de sus recibos al plan para ayudarnos a hacer un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por medicamentos</b>
--------------------	---

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha hecho por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está diciendo acerca de 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 describe una situación en la que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha hecho 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, puede que tenga que hacer 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:** Dado que usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío de una copia del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir las condiciones más rápidamente 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 una decisión de cobertura. Por lo tanto, usted no puede hacer una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

---

## **Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....</b>	<b>114</b>
Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que sea útil para usted (en otros idiomas además del inglés, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.) .....	114
Sección 1.2	Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento.....	114
Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y los medicamentos cubiertos .....	115
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal.....	115
Sección 1.5	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.....	116
Sección 1.6	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención .....	118
Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar las decisiones que hayamos tomado.....	120
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?.....	120
Sección 1.9	¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?.....	121
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan... </b>	<b>121</b>
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?.....	121

---

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

---

<b>Sección 1.1      Debemos proporcionar información de una manera que sea útil para usted (en otros idiomas además del inglés, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)</b>
---

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

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Hay materiales escritos disponibles a solicitud en español, ruso y chino. 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 son accesibles y adecuados en su caso.

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.

<b>Sección 1.2      Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento</b>
--

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** en virtud de raza, grupo étnico, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicios.

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, sírvase llamarnos al Servicio para los miembros (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio para los miembros puede ayudarle.

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

En su condición de miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) 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 en la tapa posterior de este folleto). No necesitamos que presente remisiones para asistir a proveedores de la red.

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 en un plazo razonable de tiempo, la Sección 12 del Capítulo 9 de este folleto le explica lo que puede hacer. (Si le hemos negado la cobertura de sus medicamentos o atención médica y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, encontrará instrucciones en la Sección 4 del Capítulo 9).

### **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 la información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- 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), que le informa sobre estos derechos y 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 por usted.
- 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 una cuota por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones en sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

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

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

En su condición de miembro de nuestro plan, 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 (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono):

- **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.
- Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de farmacias.
- Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar al Servicio para los miembros (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono) o visitar nuestro sitio web en [www.guildnetny.org](http://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 en 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 en la tapa posterior de este folleto).
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D de Medicare no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricciones, 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 de Medicare están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que reconsideremos 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. (En el Capítulo 12 se explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
  - 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.

<b>Sección 1.6</b>	<b>Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención</b>
--------------------	--

### **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 entender*.

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

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye ser informado acerca de los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho a ser informado sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar con antelación si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar el medicamento, 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 recibir de nosotros una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted tendrá que 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 llegue a no tener la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.



- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica si llegara a estar incapacitado 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:

- **Obtenga 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. Puede obtener por Internet un formulario de Representación para la Atención Médica de Nueva York en [http://www.health.state.ny.us/professionals/patients/health\\_care\\_proxy/intro.htm](http://www.health.state.ny.us/professionals/patients/health_care_proxy/intro.htm). También puede contactar al Servicio para los miembros para pedir estos formularios (los números de teléfono están en la tapa posterior de este folleto).
- **Complételo y fírmelo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar hacer que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entréguele copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarle 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 han seguido 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 cualquier 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. Puede que tenga que pedirle a nuestro plan que tome 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, interponer una apelación, o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo con justicia.**

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 (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

**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 lo ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de derechos civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de derechos civiles 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** (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo ponerse en contacto con ésta, 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 puede obtener más información sobre sus derechos?

Hay varios lugares donde puede obtener más información acerca de sus derechos:

- Puede llamar al **Servicio para los miembros** (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo ponerse en contacto con ésta, 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: <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 alguna pregunta, llame al Servicio para los miembros (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** *En esta Evidencia de cobertura aprenderá qué es 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 esta situación.*
  - 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 los beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).

- **Dígale al médico y a otros proveedores de salud 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 cuando obtenga los servicios que no están cubiertos por el plan pero están cubiertos por el pago por servicio de Medicaid. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4.*
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles 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 los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que sus médicos tengan conocimiento de todos los medicamentos que usted toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si usted tiene preguntas, no deje de preguntar. Se espera que sus médicos y otros proveedores de salud expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte de nuevo.
- **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, los 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 derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de GuildNet Health Advantage HMO-POS SNP, Medicaid pagará la prima por la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y la prima por la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe seguir 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 (un monto fijo). El Capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
  - Si usted recibe cualquier 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 rechazar la cobertura por un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto.
- Si se aplica una multa por inscripción tardía, deberá pagarla 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 en la tapa posterior de este 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 informarse si está saliendo de nuestra área de servicio.
  - **Incluso si se muda dentro del área de servicio, debemos estar informados acerca de esto** para mantener actualizado su registro de miembro 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 en la tapa 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 hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

### **ANTECEDENTES**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>129</b>
Sección 1.1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	129
Sección 1.2	Acerca de los términos legales.....	129
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros.....</b>	<b>130</b>
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	130
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar? .....</b>	<b>131</b>
Sección 3.1	¿Debería usted usar el proceso para los beneficios de Medicare o Medicaid?.....	131

### **PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS EN VIRTUD DE MEDICARE**

<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Cómo manejar los problemas sobre la utilización del proceso de <u>Medicare</u>.....</b>	<b>132</b>
Sección 4.1	¿Debería usted usar el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones? ¿O debe utilizar el procedimiento para presentar una queja?.....	132
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones mediante el proceso de <u>Medicare</u>.....</b>	<b>133</b>
Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general .....	133

---

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación. ....	135
Sección 5.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre <u>su</u> situación? .....	135
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....</b>	<b>136</b>
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 utilizando el proceso de <u>Medicare</u> .....	136
Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) utilizando el proceso de <u>Medicare</u> .....	138
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) utilizando el proceso de <u>Medicare</u> .....	141
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 a través del proceso de <u>Medicare</u> .....	144
Sección 6.5	¿Qué pasa si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido en concepto de atención médica?.....	146
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....</b>	<b>147</b>
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 .....	147
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?.....	150
Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones .....	151
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	152

---

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) .....	155
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2.....	157
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo puede solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.....</b>	<b>160</b>
Sección 8.1	Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de parte de Medicare, donde se le explicarán sus derechos .....	160
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital .....	161
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital .....	164
Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?.....	166
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.....</b>	<b>169</b>
Sección 9.1	<i>Esta sección trata únicamente de tres servicios:</i> 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). .....	169
Sección 9.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura.....	170
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado.....	171
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.....	173



---

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?.....	174
<b>SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá .....</b>	<b>177</b>
Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos a través del proceso de <u>Medicare</u> .....	177
Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D.....	179
<b>SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes sobre cómo utilizar el proceso de <u>Medicare</u> .....</b>	<b>180</b>
Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?.....	180
Sección 11.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo” .....	182
Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de una queja a través del proceso de <u>Medicare</u> .....	183
Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad.....	183

## **PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS EN VIRTUD DE MEDICAID**

<b>SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas de cobertura para sus beneficios en virtud de <u>Medicaid</u>.....</b>	<b>184</b>
Sección 12.1 Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de servicios a través de las normas de Medicaid.....	184
Sección 12.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o proporcione los servicios que desea) a través del proceso de Medicaid.....	186
Sección 12.3 Otras decisiones sobre sus servicios de Medicaid: Interrumpir, reducir o suspender servicios autorizados .....	189

---

Sección 12.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación a través del proceso de Medicaid (cómo solicitar una revisión de la decisión que nuestro plan tomó sobre los servicios).....	189
Sección 12.5 Paso a paso: Cómo solicitar una audiencia imparcial .....	192
Sección 12.6 Paso a paso: Cómo solicitar una apelación externa ante el estado de Nueva York .....	194
<b>SECCIÓN 13</b> <b>Cómo presentar una queja a través del proceso de <u>Medicaid</u></b> .....	<b>195</b>
Sección 13.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?.....	195
Sección 13.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo” .....	195
Sección 13.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja a través del proceso de <u>Medicaid</u> .....	196
Sección 13.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad.....	197

## ANTECEDENTES

### SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes: El proceso que usted utiliza para manejar el problema depende de dos cosas:

1. Si el problema está relacionado con beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**, o **ambos**. Un beneficio cubierto por Medicare y Medicaid es un beneficio de “cobertura doble”. Si le gustaría participar en la decisión sobre si se debería utilizar un proceso de Medicare o Medicaid, o ambos, comuníquese con el Servicio para los miembros. (Los números de teléfono están en la tapa posterior de este folleto).
2. El tipo de problema que tiene:
  - 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 presentar quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare y Medicaid. Para garantizar la equidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

¿Cuál usa? La guía de la Sección 3 lo 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 los 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 encuentra. 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**

---

<b>Sección 2.1      Dónde obtener más información y asistencia personalizada</b>
--

Algunas veces puede ser confuso iniciar o seguir el proceso de 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 ayudarlo. Pero en algunas situaciones puede que también quiera ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa estatal de asistencia sobre 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 ayudarlo a entender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, también pueden responder a sus preguntas, darle más información y orientarle sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores de 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 Medicaid?**

Debido a que usted tiene Medicare y obtiene ayuda de Medicaid, existen diferentes procesos que puede utilizar para tratar su problema o queja. El proceso que utilice depende de si el problema se relaciona con los beneficios de Medicare, los beneficios de Medicaid o los beneficios cubiertos tanto por Medicare y Medicaid (beneficios de cobertura doble).

Si su problema se relaciona con un beneficio cubierto únicamente por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema se relaciona con un beneficio cubierto únicamente por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si su problema se relaciona con un beneficio cubierto tanto por Medicare como por Medicaid (beneficio de cobertura doble), en ocasiones tiene la opción de utilizar el proceso de Medicare o el de Medicaid. Si puede optar entre qué proceso utilizar, le explicaremos sus opciones en este capítulo.

Consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* para obtener información sobre qué beneficios están cubiertos únicamente por Medicare, qué beneficios están cubiertos exclusivamente por Medicaid y qué beneficios están cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid (beneficios de cobertura doble).

Si le gustaría participar en la decisión sobre si se debería utilizar un proceso de Medicare o Medicaid, comuníquese con el Servicio para los miembros. (Los números de teléfono están en la tapa posterior de este folleto).

En diferentes partes de este capítulo se describen los procesos de Medicare y Medicaid. Para saber qué parte debe leer, utilice la siguiente tabla.

Para comprender qué parte de este capítulo le será de utilidad respecto a su problema o inquietud, **EMPIECE AQUÍ**

#### **¿Su problema se relaciona con beneficios de Medicare o de Medicaid?**

(Si le gustaría recibir ayuda en la decisión sobre si su problema se relaciona con beneficios de Medicare o Medicaid, comuníquese con el Servicio para los miembros).

Mi problema se relaciona con beneficios de **Medicare**.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare”**.

Mi problema se relaciona con beneficios de **Medicaid**.

Vaya a las **secciones 12 y 13** de este capítulo, **“Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid”**.

## PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS EN VIRTUD DE MEDICARE

### SECCIÓN 4      **Cómo manejar los problemas sobre la utilización del proceso de Medicare**

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

Si tiene un problema o una inquietud, solo tiene que leer las partes de este capítulo que tienen que ver con su situación. La tabla a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo relacionada con los problemas o las quejas sobre los **beneficios mediante el proceso de Medicare**.

Para comprender qué parte de este capítulo le será de utilidad respecto a su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, utilice este cuadro:

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

(Esto incluye los problemas acerca de 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 se relaciona con los beneficios o la cobertura.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, “Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

#### **No.**

Mi problema no se relaciona con los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 11**, al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio para los miembros y otros temas que le preocupan”**.

---

## **SECCIÓN 5      Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones mediante el proceso de Medicare**

---

<b>Sección 5.1      Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general</b>
--

El proceso para solicitar las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y 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 en su caso y cuánto tenemos que pagar. Por ejemplo, su médico que forma parte de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) en su caso cada vez que le proporciona atención médica o si su médico de la red lo remite a un especialista. Además, puede contactarnos para solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un determinado servicio médico o si se niega a brindarle atención médica que usted considera que necesita. Es decir, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura en su caso.

Si la decisión de cobertura se relaciona con un beneficio cubierto únicamente por Medicare o un beneficio cubierto tanto por Medicare como por Medicaid (beneficio de cobertura doble) debe utilizar el proceso de Medicare para solicitar una decisión de cobertura. Si la decisión de cobertura se relaciona con un beneficio cubierto únicamente por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid que se detalla en la Sección 12 de este capítulo.

Consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* para obtener información sobre qué beneficios están cubiertos únicamente por Medicare, qué beneficios están cubiertos exclusivamente por Medicaid y qué beneficios están cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid (beneficios de cobertura doble).

Si le gustaría participar en la decisión sobre si se debería utilizar un proceso de Medicare o Medicaid, comuníquese con el Servicio para los miembros. (Los números de teléfono están en la tapa posterior de este folleto).

De conformidad con el proceso de Medicare, 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 hacer 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 que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Si presenta una apelación sobre un beneficio que está cubierto únicamente por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si presenta una apelación sobre un beneficio que está cubierto por Medicare y por Medicaid (beneficio de cobertura doble), puede optar por presentar la apelación utilizando el proceso de Medicare o el de Medicaid. Si presenta una apelación sobre un beneficio que está cubierto únicamente por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid que figura en la Sección 12 de este capítulo.

Consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* para obtener información sobre qué beneficios están cubiertos únicamente por Medicare, qué beneficios están cubiertos exclusivamente por Medicaid y qué beneficios están cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid (beneficios de cobertura doble).

Si presenta una apelación utilizando el proceso de Medicare, no puede utilizar sus derechos de apelación de Medicaid, incluso su derecho a una audiencia imparcial de Medicaid del estado de Nueva York. Sin embargo, si presenta una apelación utilizando el proceso de Medicaid, tendrá hasta 60 días a partir de la fecha del aviso sobre la decisión de GuildNet de utilizar sus derechos de apelación de Medicare.

Si no hace una elección entre el proceso de Medicare y el de Medicaid, utilizaremos el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir qué proceso utilizar, puede llamar al Servicio para los miembros (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

Consulte la Sección 12 de este capítulo (*Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid*) para obtener más información sobre cómo presentar una apelación utilizando el proceso de Medicaid.

## **Cómo presentar una apelación utilizando el proceso de Medicare**

Cuando usted presenta una apelación utilizando el proceso de Medicare, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Revisores distintos a los que originalmente tomaron la decisión desfavorable son quienes tratarán su apelación. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

Si decimos que no a la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede proceder con una apelación de Nivel 2. Una organización independiente que no está conectada con nosotros realiza la apelación de Nivel 2. (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo haremos saber. En otros casos, usted deberá solicitar una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a otros varios niveles de apelación.



## Sección 5.2      **Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación.**

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

- **Puede llamarnos al Servicio para los miembros** (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, póngase en contacto con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor pueden realizar la solicitud por usted.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 1, su médico u otro proveedor deben estar designados 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 y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. (El formulario 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](http://www.guildnetny.org).) El formulario le otorga a la persona autorización para que intervenga en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para actuar 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 la apelación de una decisión.

## Sección 5.3      **¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre su 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 una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación mediante el proceso de Medicare”

- **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 puede solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura se termina demasiado pronto” [*Se aplica sólo a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés)*].

Si no está seguro de la sección que debe usar, llame al Servicio para los miembros (en la tapa posterior de este folleto encontrará 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      Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

---



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una 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.

<b>Sección 6.1</b>	<b>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 utilizando el proceso de <u>Medicare</u></b>
--------------------	--

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 y lo que le corresponde pagar)*. 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 recibe determinada atención médica que desea y cree que el plan cubre dicha atención.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desean 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. Usted ha recibido y pagado por atención o servicios médicos que considera que deberían estar cubiertos por el plan, y desea pedirle a nuestro plan el reembolso de dicha atención.

5. Se le ha dicho que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo, y que previamente aprobamos, será reducida o suspendida y usted cree que reducir o suspender este tipo de atención 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 una hospitalización más prolongada si usted considera que se le ha pedido irse del hospital 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 sólo 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.

<b>¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?</b>	
<b>Si usted se encuentra en esta situación:</b>	<b>Esto es lo que puede hacer:</b>
¿Desea saber si cubriremos la atención médica o los servicios que usted quiere?	<p>Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura en su caso.</p> <p>Vaya a la sección siguiente de este capítulo, <b>Sección 6.2.</b></p>
¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos?	<p>Puede presentar una <b>apelación</b> utilizando el proceso de <u>Medicare</u>. (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos).</p> <p>Vaya a la <b>Sección 6.3</b> de este capítulo.</p> <p>Puede además optar por presentar una apelación a través del proceso de <u>Medicaid</u> si su apelación se relaciona con un servicio cubierto por Medicare y por Medicaid (servicio de cobertura doble).</p> <p>Vaya a la <b>Sección 12</b> de este capítulo.</p>

**¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?**

¿Desea pedirnos que le reembolsemos servicios o atenciones médicas 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 solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) utilizando el proceso de Medicare**

**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**”.

**Términos legales** Una “decisión rápida” 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 hacer su petición de que le ofrezcamos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante puede 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 nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre su 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 significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días** después de recibida su solicitud.

- **Sin embargo, podríamos necesitar hasta 14 días calendario más** si pide más tiempo, o si necesitamos información (por ejemplo, registros médicos) que pueda beneficiarlo. 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”.*

- **Una decisión rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas.**
  - **No obstante, podríamos tardar 14 días calendario más** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo 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, debe cumplir dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión rápida *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que haya recibido).
  - Podrá solicitar una decisión rápida *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico le dice que su salud requiere una “decisión rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida.**
- Si pide una decisión rápida por su propia cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud demanda que le proporcionemos una decisión rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta haciéndoselo saber (y usaremos las fechas límites estándares en su lugar).
  - Esta carta le dirá que si su médico le pide la decisión rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - La carta también le dirá cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida 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 para cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.**

### *Plazos para una decisión de cobertura “rápida”*

- Normalmente, para una decisión rápida, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales en determinadas circunstancias. 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. (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 de tiempo, al final de ese período), usted tiene derecho de apelar. La Sección 6.3 más adelante, explica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos una 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, proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos la razón de nuestro rechazo.

### *Plazos para una decisión de cobertura “estándar”*

- Generalmente, para una decisión estándar, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 14 días después de recibir su solicitud**.
  - Podríamos tomar hasta 14 días calendario más (“una extensión de tiempo”) bajo ciertas circunstancias. 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. (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 de tiempo, al final de ese período), tiene derecho de apelar. La Sección 6.3 más adelante, explica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos una parte o todo 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, proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos la razón de nuestro rechazo.

**Paso 3: Si decimos que no a su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene el derecho a pedirnos reconsiderar y tal vez cambiar esta decisión mediante una apelación. Hacer una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar utilizando el proceso de Medicare, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la Sección 6.3 más adelante).

**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) utilizando el proceso de Medicare**

**Términos legales** Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una “reconsideración” del plan.

**Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y presente la apelación.** Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

*Qué hacer*

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o 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 nosotros para apelar 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 otra persona, que no sea su médico, apela nuestra decisión en nombre suyo, su apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de un representante que autorice a esa persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame al Servicio para los miembros y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. El formulario está disponible también 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](http://www.guildnetny.org)). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días posteriores a recibir su 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 rechazo.

- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con el plan para presentar una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe hacer 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 hacer su apelación. Algunos de los ejemplos de causa justificada para no respetar la fecha límite pueden ser si ha tenido una enfermedad grave que impidió que nos contacte o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha 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. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle 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 llamándonos).*

<b>Términos legales</b>	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 deben decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida. (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: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.**

- Cuando estamos revisando 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 “rápido”**.*

- 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 beneficiarlo, **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 acerca de esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una 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 una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito informándole 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 estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en 30 días calendario** después de recibir su apelación si ésta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud nos obliga a hacerlo.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **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 de tiempo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos una 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 recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito informándole que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

**Paso 3: Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **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.

<b>Sección 6.4</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 a través del proceso de <u>Medicare</u></b>
--------------------	---

Si rechazamos su apelación del Nivel 1, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. En 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.

<b>Términos legales</b>	El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ <b>Entidad de revisión independiente</b> ”. A veces se la denomina “ <b>IRE</b> ”, por sus siglas en inglés.
-------------------------	---

**Paso 1: La Organización de revisión independiente revisa su apelación.**

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente que Medicare contrata.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para manejar la tarea de 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 “archivo del caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** Se nos permite cobrarle un cargo por fotocopiar y enviarle 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 en el Nivel 1 tuvo una apelación “rápida”, también tendrá 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 respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **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 respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **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 explicará sus razones.

- **Si la organización de revisión acepta una 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 revisora.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se 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 la atención médica que está solicitando debe satisfacer 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 del 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 del 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 apelación.

<b>Sección 6.5</b>	<b>¿Qué pasa si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido en concepto de atención médica?</b>
--------------------	---

Si quiere solicitarnos que paguemos la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos 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 pide 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 sobre la 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 y lo que le corresponde pagar)*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se dan 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 de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos 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 que dice que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a haber *rechazado* 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 a través del proceso de Medicare, siga el proceso de apelaciones que se describe en la parte 5.3 de esta sección.** Consulte esta parte para las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si hace 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 respondemos afirmativamente a 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      Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

---



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una 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.

<b>Sección 7.1</b>	<b>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</b>
--------------------	---

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta para pacientes externos. Medicare denomina “medicamentos de la Parte D” a estos medicamentos con receta para pacientes externos. Puede conseguir estos medicamentos siempre que estén incluidos en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* de nuestro plan y el uso del medicamento sea una indicación aceptada médicamente. (Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o está respaldado por determinados libros de referencia. Para obtener más información sobre una indicación médicamente necesaria, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

- **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, *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 la 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 la cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

<b>Términos legales</b>	Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se llama “ <b>determinación de cobertura</b> ”.
-------------------------	--

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 con los requisitos de cobertura aplicable. (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 en la farmacia le dicen que no pueden surtirle la receta según lo escrito, recibirá un aviso por escrito donde se explicará cómo contactarnos para que tomemos una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Ésta 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 sobre la cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el cuadro a continuación para que lo ayude a determinar qué parte tiene información sobre 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>¿Desea que cubramos un medicamento que se incluye en nuestra lista de medicamentos y considera que cumple con todas las normas o restricciones del plan (tal como la obtención de una aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?</p>	<p>¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado?</p>	<p>¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos?</p>
<p>Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Éste es un tipo de decisión de cobertura).</p>	<p>Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.</p>	<p>Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. (Éste es un tipo de decisión de cobertura).</p>	<p>Puede presentar una apelación. (Generalmente, esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos).</p>
<p>Comience con la <b>Sección 7.2</b> de este capítulo.</p>	<p>Vaya a la <b>Sección 7.4</b> de este capítulo.</p>	<p>Vaya a la <b>Sección 7.4</b> de este capítulo.</p>	<p>Vaya a la <b>Sección 7.5</b> 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. De modo similar que con 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 la receta pueden pedirnos que hagamos:

### 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. (Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviarla).

<b>Términos legales</b>	Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en la lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una “ <b>excepción al formulario</b> ”.
-------------------------	--

- 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 al Nivel 3. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.
- No puede pedir cobertura para ningún “medicamento excluido” ni para otros medicamentos que no sean de la Parte D y que Medicare no cubre. (Para obtener más información sobre los medicamentos excluidos, consulte el Capítulo 5).

### 2. Eliminar una de nuestras restricciones de la 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).

<b>Términos legales</b>	Pedir la eliminación de una restricción de la cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones “ <b>excepción al formulario</b> ”.
-------------------------	--

- Las normas y restricciones extra 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 conseguir.



### 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.

Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cuatro niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será la cantidad que le corresponda pagar del costo del medicamento.

<b>Términos legales</b>	Pedir pagar un precio preferido inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina en ocasiones pedir una <b>“excepción del nivel”</b> .
-------------------------	---

- Si su medicamento se encuentra dentro del Nivel 2 o 3, puede pedirnos que lo cubramos en la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 1. 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.

<b>Sección 7.3</b>	<b>Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones</b>
--------------------	--

#### 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 rápidamente, 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 que hagamos 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.

<b>Sección 7.4</b>	<b>Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción</b>
--------------------	--

**Paso 1:** Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “**decisión rápida**”. **No puede solicitar una decisión rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.**

*Qué hacer*

- **Solicite el tipo de decisión sobre la cobertura que desea.** Debe comenzar por llamar, escribir o enviarnos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar la receta) puede hacerlo. Para consultar los detalles, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D*. 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 tener a un abogado actuando en su nombre.
- **Si quiere solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos 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 del médico”.** 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 del médico”). 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 enviando por fax o correo la declaración por escrito, si es necesario. Consulte las secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.

*Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida”.*

<b>Términos legales</b>	Una “decisión rápida” se denomina “determinación de cobertura acelerada”.
-------------------------	---

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar” a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta durante las 72 horas siguientes a recibir la declaración de su médico. Una decisión rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas.
- **Para obtener una decisión rápida, debe cumplir dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión rápida *solo* si su pedido hace referencia a *un medicamento que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
  - Podrá solicitar una decisión rápida *solo* si la vía de plazos estándares 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”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida (sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta haciéndoselo saber (y usaremos las fechas límites estándares en su lugar).
  - Esta carta le indicará que si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida.
  - La carta también le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de tomar una decisión estándar en lugar de la decisión rápida 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: Consideramos su solicitud y le daremos una respuesta.**

### *Plazos 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 durante las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta más rápidamente si su salud así lo requiere.
- 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 el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si aceptamos una 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 una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos la razón de nuestro rechazo.

*Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido*

- Si aplicamos los plazos estándares, 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 durante las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos una respuesta más rápidamente si su salud así lo requiere.
  - 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 el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si aceptamos la totalidad o parte 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 una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos la razón de nuestro rechazo.

*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 el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle a usted en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos la razón de nuestro rechazo.

**Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.**

- Si la rechazamos, tendrá derecho a presentar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

<b>Sección 7.5</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)</b>
--------------------	--

<b>Términos legales</b>	Una apelación al plan sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D, se llama una “redeterminación” del plan.
-------------------------	--

**Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y presente la 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 o la persona autorizada a dar recetas) debe 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 el plan 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 hacer 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 hacer su apelación. Algunos de los ejemplos de causa justificada para no respetar la fecha límite pueden ser si ha tenido una enfermedad grave que impidió que nos contacte o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha 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. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle 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”*

<b>Términos legales</b>	Una “apelación rápida” también se denomina “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 conseguir una “apelación rápida” son los mismos que para conseguir una “decisión rápida” que aparecen en la Sección 7.4 de este capítulo.

## **Paso 2: Nuestro plan considera su apelación y le damos nuestra respuesta.**

- Cuando nuestro plan está revisando su apelación, analizamos cuidadosamente otra vez 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 conseguir 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 rápidamente 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, le hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos una 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 una 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 estándares, 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, debe solicitarnos 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, le hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos la totalidad o parte 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 **en un plazo de 7 días calendario como máximo** 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 una 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.**

- 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).

<b>Sección 7.6</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2</b>
--------------------	---

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 que tomamos cuando rechazó la primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

<b>Términos legales</b>	El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ <b>Entidad de revisión independiente</b> ”. A veces se la denomina “ <b>IRE</b> ”, por sus siglas en inglés.
-------------------------	---

**Paso 1: Para hacer una apelación del 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 hacer 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 “archivo del caso”. Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso. Se nos permite cobrarle un cargo por fotocopiar y enviarle 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 que Medicare contrata.** Esta organización no está relacionada con nosotros 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 con nosotros.
- 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 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 darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta una 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 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 una 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 del medicamento que está solicitando debe tener un valor de 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 recibe de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe disputarse para continuar con el proceso de apelación.

### **Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere llevar su apelación más allá.**

- 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 del 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 apelación.

---

## **SECCIÓN 8      Cómo puede solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando el 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 y lo que le corresponde pagar)*.

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 puede 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 larga en el hospital y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo pedirlo.

<b>Sección 8.1      Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de parte de Medicare, donde se le explicarán sus derechos</b>
---

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 ingresados en un hospital. Una persona del hospital (por ejemplo, una trabajadora de caso o enfermera) debe dársela en un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no obtiene el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio para los miembros. 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 él se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluso:
  - 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 su decisión de alta médica si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.

<b>Términos legales</b>	El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede “ <b>solicitar una revisión inmediata</b> ”. Solicitar una revisión inmediata es una forma legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (En la Sección 8.2 más adelante se explica cómo puede solicitar una revisión inmediata).
-------------------------	---

**2. Debe firmar el aviso 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 de 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 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 consultar este aviso por Internet en [http://www.cms.gov/BNI/12\\_HospitalDischargeAppealNotices.asp](http://www.cms.gov/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp).

<b>Sección 8.2</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital</b>
--------------------	--

Si desea pedir que los servicios de hospital estén cubiertos durante un plazo de 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 tapa posterior de este folleto encontrará 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 una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.**

<b>Términos legales</b>	Una “revisión rápida” también se denomina “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 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 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, *An Important Message from Medicare About Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)* detalla cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encontrar 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 directamente la apelación 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 de los plazos estándares.

<b>Términos legales</b>	Una “ <b>revisión rápida</b> ” también se denomina “ <b>revisión inmediata</b> ” o “ <b>revisión acelerada</b> ”.
-------------------------	---

## **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 les han dado el hospital y nosotros.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores informaran a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito que le indica su fecha prevista de alta y le explica las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

<b>Términos legales</b>	La explicación por escrito se denomina “ <b>Aviso detallado del alta</b> ”. Puede obtener una muestra de este aviso llamando al Servicio para los miembros 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 en Internet, en <a href="http://www.cms.hhs.gov/BNI/">http://www.cms.hhs.gov/BNI/</a> .
-------------------------	---

**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 su respuesta a su apelación.

*¿Qué sucede si la aceptan?*

- Si la organización de revisión acepta su apelación, **deberemos seguir brindándole servicios hospitalarios 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 al día en 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.

<b>Sección 8.3</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital</b>
--------------------	---

Si la Organización para la mejora de la calidad ha desestimado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta prevista, 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 su estadía luego de la fecha de alta prevista.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

---

**Paso 1: Usted se pone nuevamente en contacto con la Organización para la mejora de la calidad 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 sólo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de la 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 analizarán cuidadosamente otra vez 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 hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- 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 está de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que recibe 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, su apelación la revisa un juez.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

## Sección 8.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

### En vez de eso, puede apelar ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar rápidamente para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación a su alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de que deje el hospital y no más allá de la fecha de alta prevista). 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 sobre su apelación, puede presentarnos directamente la apelación, pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

<b>Términos legales</b>	A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ <b>apelación acelerada</b> ”.
-------------------------	--

### **Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y pida 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 “estándares”.

### **Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de su fecha prevista del alta, comprobando si fue médicamente apropiada.**

- Durante esta revisión, revisamos toda la información sobre su estadía hospitalaria. Comprueba 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 estándares para darle una respuesta a esta revisión.



---

**Paso 3: Le comunicamos 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 permanecer en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole 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**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios 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, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Al hacer 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 del Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. En la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

<b>Términos legales</b>	El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ <b>Entidad de revisión independiente</b> ”. A veces se la denomina “ <b>IRE</b> ”, 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 que Medicare contrata.** Esta organización no tiene conexión con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para manejar la tarea de 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) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que ha recibido desde la fecha prevista del alta. Nuestro plan debe seguir brindando cobertura de sus servicios hospitalarios durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si hay límites de cobertura, éstos podrían limitar cuánto le reembolsaríamos 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.
  - El aviso que recibe de la Organización de revisión independiente 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 apelación.

---

## **SECCIÓN 9      Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.**

---

<b>Sección 9.1</b>	<b><i>Esta sección trata <u>únicamente</u> 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></b>
--------------------	--

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 en un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos que se deben tener en cuenta para considerarse un “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 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 y lo que le corresponde pagar)*.

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 pagarla.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

<b>Sección 9.2</b>	<b>Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura</b>
--------------------	---

**1. Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, la agencia o el centro que le brinda atención le dará un aviso.

- El aviso por escrito le indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
- El aviso escrito también 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 de tiempo.

<b>Términos legales</b>	Al indicarle qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una <b>“apelación de vía rápida”</b> . La solicitud de una apelación de vía rápida es una manera formal y legal de solicitarle un cambio de la decisión de cobertura que hemos tomado con respecto a cuándo detener su atención. (En la Sección 9.3 más adelante se explica cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).
-------------------------	---

<b>Términos legales</b>	El aviso por escrito se denomina <b>“Aviso de no cobertura de Medicare”</b> . Puede obtener una copia de muestra llamando al Servicio para los miembros 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 <a href="http://www.cms.hhs.gov/BNI/">http://www.cms.hhs.gov/BNI/</a> .
-------------------------	--

**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.

<b>Sección 9.3</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado</b>
--------------------	---

Si desea pedirnos que cubramos su atención 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. 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 tapa posterior de este folleto encontrará 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 recibe la gente 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?*

- El aviso por escrito que recibió le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encontrar 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 que finalicemos la cobertura de 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 que 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 presentarnos directamente la apelación. 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 y usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra que le especificará las razones de la finalización de la cobertura de sus servicios.

<b>Términos legales</b> 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, **deberemos seguir brindándole servicios 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 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 que nos corresponde del costo de dicha 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 termina 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.

<b>Sección 9.4</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo</b>
--------------------	--

Si la Organización para la mejora de la calidad ha rechazado 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 por los servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que decidimos que termina su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

**Paso 1: Usted se pone nuevamente en contacto con la Organización para la mejora de la calidad 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 sólo 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 analizarán cuidadosamente otra vez 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 que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.

- 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 está de acuerdo con la decisión que tomamos para su apelación de Nivel 1 y no la cambiaremos.
- El aviso que recibe 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, su apelación la revisa un juez.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

<b>Sección 9.5</b>	<b>¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	--

#### **En vez de eso, puede apelar 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 sobre su apelación, puede presentarnos directamente la apelación, pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar de los plazos estándares.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

<b>Términos legales</b>	A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ <b>apelación acelerada</b> ”.
-------------------------	--



---

**Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y pida una “revisión rápida”.**

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, 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 “estándares”.

**Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.**

- Durante esta revisión, revisamos otra vez 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 estándares 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 comunicamos 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 proporcionándole 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 habíamos indicado y no pagaremos después de esa fecha. Dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de dicha 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 terminaría 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, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”.** Al hacer 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 del Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. En la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

<b>Términos legales</b>	El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “ <b>Entidad de revisión independiente</b> ”. A veces se la denomina “ <b>IRE</b> ”, 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 que Medicare contrata.** Esta organización no tiene conexión con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para manejar la tarea de 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,** debemos reembolsarle (devolverle) 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. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si hay límites de cobertura, éstos podrían limitar cuánto le reembolsaríamos 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.
  - El aviso que recibe de la Organización de revisión independiente 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, su apelación la revisa un juez.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

---

**SECCIÓN 10      Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá**

---

<b>Sección 10.1      Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos a través del proceso de <u>Medicare</u></b>
--

Esta sección puede ser apropiada 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 no 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 forma. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

<b>Apelación de Nivel 3</b>	<b>Un juez que trabaja para el gobierno federal</b> revisará su apelación y le dará una respuesta. A este juez se lo denomina “juez administrativo”.
-----------------------------	--

- **Si el Juez administrativo acepta la apelación, el proceso de apelaciones *puede* que haya terminado o *no*.** Nosotros 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 por 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, el aviso que reciba le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

<b>Apelación de Nivel 4</b>	El <b>Consejo de apelaciones de Medicare</b> revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es “sí”, 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*.** Decidiremos si deseamos apelar esta decisión para proseguir al 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 apelación se rechaza o si el Consejo de apelaciones de Medicare deniega 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, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito que reciba también le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

<b>Apelación de Nivel 5</b>	Un juez del <b>Tribunal federal de distrito</b> revisará su apelación.
-----------------------------	--

- Éste es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

## Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada 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 no 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 forma. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

<b>Apelación de Nivel 3</b>	Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. A este juez se lo denomina “juez administrativo”.
-----------------------------	---

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha pedido en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que fuera aprobada por el juez administrativo **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo de 30 días calendario como máximo** luego de recibir la decisión.
- **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, el aviso que reciba le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

<b>Apelación de Nivel 4</b>	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 pedido en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura del medicamento** que fuera aprobada por el Consejo de apelaciones de Medicare **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo de 30 días calendario como máximo** luego de recibir la decisión.
- **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,

el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito que reciba también le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

<b>Apelación de Nivel 5</b>	Un juez del <b>Tribunal federal de distrito</b> revisará su apelación.
-----------------------------	--

- Éste 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 sobre cómo utilizar el proceso de Medicare**

---



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.

<b>Sección 11.1</b>	<b>¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?</b>
---------------------	---

En esta sección se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas.

Debido a que usted tiene Medicare y obtiene ayuda de Medicaid, existen diferentes procesos que puede utilizar para tratar su queja. El proceso que utilice depende de si su queja se relaciona con un beneficio de Medicare, un beneficio de Medicaid o con beneficios cubiertos tanto por Medicare y Medicaid (beneficios de cobertura doble).

Si su queja se relaciona con un beneficio cubierto únicamente por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema se relaciona con un beneficio cubierto únicamente por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si su problema se relaciona con un beneficio cubierto tanto por Medicare como por Medicaid (beneficio de cobertura doble), puede optar por utilizar el proceso de Medicare o el de Medicaid.

Si su queja se relaciona con el plan GuildNet Health Advantage en sí o el personal del plan, puede optar por utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid.

Si usted puede optar por un proceso cuando presenta su queja pero no lo hace, seguiremos el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir qué proceso utilizar, puede llamar al Servicio para los miembros (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

El procedimiento de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen 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 la 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 el 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 salud? ¿O esperar demasiado a nuestro Servicio para los miembros u otro personal del plan?
  - Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consultas 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 recibe 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 12 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 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. Éstos son algunos ejemplos:

- Si ha pedido que le demos una “respuesta rápida” a una decisión de cobertura o apelación, 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 que hayamos tomado 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 brindamos 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 a través del proceso de Medicare**

#### **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 poner su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su **queja por escrito, le daremos una respuesta a su queja por escrito.**
- **Independientemente de si llama o escribe, debería ponerse en contacto con el 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 “respuesta rápida” para una decisión sobre la cobertura o una apelación, 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.**

<b>Términos legales</b>	En esta sección, una “ <b>queja rápida</b> ” también se denomina “ <b>reclamo acelerado</b> ”.
-------------------------	--

#### **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 tiene por objeto beneficiarlo, o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja.
- **Si no estamos de acuerdo** con alguna parte o la totalidad de su queja, o no aceptamos ninguna responsabilidad por el problema sobre el 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 presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió de nosotros usando el proceso paso a paso que se describe anteriormente.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones extra:

- **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 a nosotros).
  - 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 a ambos sitios al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención a nosotros y también a la Organización para la mejora de la calidad.

## PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS EN VIRTUD DE MEDICAID

### SECCIÓN 12 **Cómo manejar los problemas de cobertura para sus beneficios en virtud de Medicaid**

<b>Sección 12.1</b>	<b>Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de servicios a través de las normas de Medicaid</b>
---------------------	--

Si la decisión de cobertura se relaciona con un beneficio cubierto únicamente por Medicare o un beneficio cubierto tanto por Medicare como por Medicaid (beneficio de cobertura doble) debe utilizar el proceso de Medicare para solicitar una decisión de cobertura. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Si la decisión de cobertura se relaciona con un beneficio cubierto únicamente por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid que se detalla en la Sección 12 de este capítulo (*Cómo manejar los problemas de cobertura para sus beneficios en virtud de Medicaid*).

Consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* para obtener información sobre qué beneficios están cubiertos únicamente por Medicare, qué beneficios están cubiertos exclusivamente por Medicaid y qué beneficios están cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid (beneficios de cobertura doble).

Si le gustaría participar en la decisión sobre si se debería utilizar un proceso de Medicare o Medicaid, comuníquese con el Servicio para los miembros. (Los números de teléfono están en la tapa posterior de este folleto).

Para simplificar las cosas, en el resto de esta sección generalmente hablaremos de “cobertura de servicios” o “servicios”.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cuatro situaciones siguientes:

1. No está recibiendo ciertos servicios que desea y considera que el plan cubre estos servicios.
2. Nuestro plan no aprobará los servicios que desean brindarle su médico u otro proveedor médico y usted considera que el plan cubre estos servicios.
3. Recibió servicios que considera que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
4. Se le comunica que la cobertura de ciertos servicios que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted considera que esto podría perjudicar su salud.

<b>¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?</b>	
<b>Si usted se encuentra en esta situación:</b>	<b>Esto es lo que puede hacer:</b>
¿Desea saber si cubriremos la atención médica o los servicios que usted quiere?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura en su caso.  Vaya a la sección siguiente de este capítulo, <b>Sección 12.2.</b>
¿Le hemos comunicado que reduciremos, suspenderemos o finalizaremos la cobertura de los servicios que ya hemos autorizado en su caso?	Puede presentar una <b>apelación</b> . (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos).  Vaya a la <b>Sección 12.3</b> de este capítulo.  Además puede solicitar una <b>audiencia imparcial</b> .  Vaya a la <b>Sección 12.5</b> de este capítulo.
¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos?	Puede presentar una <b>apelación</b> . (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos).  Vaya a la <b>Sección 12.4</b> de este capítulo.  Además puede solicitar una <b>audiencia imparcial</b> .  Vaya a la <b>Sección 12.5</b> de este capítulo.
¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos por un servicio luego de que nos haya presentado una apelación?	Puede solicitar una <b>audiencia imparcial</b> .  Vaya a la <b>Sección 12.5</b> de este capítulo.  En algunos casos, puede además solicitar una <b>apelación externa</b> .  Vaya a la <b>Sección 12.6</b> de este capítulo.

**Sección 12.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o proporcione los servicios que desea) a través del proceso de Medicaid**

**Términos legales**

Solicitud de una autorización “**previa**” o “**concurrente**”:

Una autorización previa es una autorización para un servicio que no está recibiendo en este momento.

Una autorización concurrente es una autorización para más de un servicio que ya está recibiendo, lo que significa una extensión de la duración, frecuencia o del monto de un servicio, dentro de su período de autorización actual.

Ya sea que una autorización se considere **previa** o **concurrente**, esto afecta el plazo en el que responderemos su solicitud para una autorización de servicios.

**Paso 1: Usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre los servicios que está solicitando.** Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “**decisión rápida**”.

**Términos legales** Una “decisión rápida” se denomina una “**decisión acelerada**”.

*Cómo solicitar la cobertura de los servicios que desea*

- Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para solicitarnos que le proporcionemos cobertura para los servicios que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener 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, presentando una apelación o queja sobre su atención médica.*

*Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión.*

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar” a no ser que se nos exija o hayamos aceptado usar el plazo “rápido”.

Una decisión estándar sobre una “autorización previa” significa que le daremos una respuesta en un plazo de 3 días hábiles desde que recibimos toda la información que necesitamos, pero antes de los 14 días después de haber recibido su solicitud.

- Una decisión estándar sobre una “autorización concurrente” significa que le daremos una respuesta en un plazo de 1 día hábil desde que recibimos toda la información que necesitamos, pero antes de los 14 días después de haber recibido su solicitud.
- Sin embargo, podríamos necesitar hasta 14 días más si pide más tiempo, o si necesitamos información (por ejemplo, registros médicos) que pueda beneficiarlo. 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 presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 48 horas después de haber recibido la información que necesitamos para tomar una decisión pero no más de 7 días desde la fecha en que presentó su queja. (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 a través del proceso de Medicaid, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 13 de este capítulo).
- Una decisión estándar sobre una solicitud de servicios de atención médica a domicilio de Medicaid luego del ingreso hospitalario del paciente significa que le daremos una respuesta en un plazo de 1 día hábil desde que recibimos toda la información que necesitamos, salvo cuando el día posterior a la presentación de la solicitud caiga en fin de semana o día no laborable. En ese caso, le daremos una respuesta dentro de las setenta y dos (72) horas después de recibir toda la información que necesitamos, pero antes de los 3 días después de haber recibido su solicitud.

*Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida”.*

- Una decisión rápida sobre una “autorización previa” significa que responderemos en un plazo de 3 días hábiles. Una decisión rápida sobre una “autorización concurrente” significa que responderemos en un plazo de 1 día hábil desde que recibimos toda la información que necesitamos pero en no más de 3 días hábiles.
  - No obstante, podríamos tardar 14 días más si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo o si usted debe 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 12 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Para obtener una decisión rápida, debe cumplir dos requisitos:
  - Podrá solicitar una decisión rápida solo si su solicitud hace referencia a la cobertura para servicios que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida si su solicitud es sobre el pago de servicios que ya haya recibido).

- Podrá solicitar una decisión rápida *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”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida.
- Si pide una decisión rápida por su propia cuenta, sin el respaldo de su médico, nuestro plan decidirá si su estado de salud demanda que le proporcionemos una decisión rápida.
  - Si decidimos que su afección médica no cumple los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta haciéndoselo saber (y usaremos las fechas límites estándares en su lugar).
  - Esta carta le dirá que si su médico le pide la decisión rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - La carta también le dirá cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas a través del proceso de Medicaid, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 13 de este capítulo).

## **Paso 2: Nuestro plan considera su solicitud de servicios y le daremos una respuesta.**

Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos la razón de nuestro rechazo.

## **Paso 3: Si decimos que no a su solicitud de cobertura para servicios, usted decide si desea hacer una apelación.**

Si desea presentar una apelación sobre un beneficio que está cubierto únicamente por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid que figura en la Sección 12.4 de este capítulo. Además, tiene el derecho de solicitar una audiencia imparcial de Medicaid ante el estado de Nueva York (consulte la Sección 12.5 de este capítulo).

Si presenta una apelación sobre un beneficio que está cubierto por Medicare y por Medicaid (beneficio de cobertura doble), puede optar por presentar la apelación utilizando el proceso de Medicare o el de Medicaid. Consulte la Sección 6 de este capítulo para presentar una apelación utilizando el proceso de Medicare. Además tiene el derecho de solicitar una audiencia imparcial de Medicaid ante el estado de Nueva York. (Consulte la Sección 12.5 de este capítulo).

Consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* para obtener información sobre qué beneficios están cubiertos únicamente por Medicare, exclusivamente por Medicaid o tanto por Medicare como por Medicaid (beneficios de cobertura doble).

Si presenta una apelación utilizando el proceso de Medicare, no puede utilizar sus derechos de apelación de Medicaid, incluso su derecho a una audiencia imparcial de Medicaid del estado de

Nueva York. Sin embargo, si presenta una apelación utilizando el proceso de Medicaid, tendrá hasta 60 días a partir de la fecha del aviso sobre la decisión de GuildNet de utilizar sus derechos de apelación de Medicare.

Si no hace una elección entre el proceso de Medicare y el de Medicaid, seguiremos el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir qué proceso utilizar, puede llamar al Servicio para los miembros (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

<b>Sección 12.3</b>	<b>Otras decisiones sobre sus servicios de Medicaid: Interrumpir, reducir o suspender servicios autorizados</b>
---------------------	---

Algunas veces haremos una revisión sobre la atención que recibe para ver si todavía necesita esos cuidados. Si consideramos que no necesita los servicios que autorizamos durante su período de autorización concurrente, podremos interrumpir, reducir o suspender estos servicios. En la mayoría de los casos, le informaremos por escrito al menos 10 días antes de cambiar sus servicios.

Puede presentar una apelación utilizando el proceso de Medicaid si no está de acuerdo con nuestra decisión. Tiene derecho a solicitar que continuemos prestando los servicios (“ayuda para continuar”) cuando presente una apelación de nuestra decisión de interrumpir, reducir o suspender los servicios. Si nuestro plan rechaza la apelación, es posible que usted deba pagar estos servicios. Para obtener más información acerca de la “ayuda para continuar” durante una audiencia imparcial, consulte la Sección 12.5 de este capítulo.

<b>Sección 12.4</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación a través del proceso de Medicaid (cómo solicitar una revisión de la decisión que nuestro plan tomó sobre los servicios)</b>
---------------------	--

**Paso 1: Póngase en contacto con el plan y presente la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.**

*Qué hacer*

- Para iniciar una apelación, usted, su representante, o, en algunos casos, su médico deben ponerse en contacto con nuestro plan. Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2: *Cómo ponerse en contacto con nuestro plan cuando está solicitando una decisión de cobertura*, presentando una *apelación o queja sobre su atención médica*.
- Haga su apelación estándar por escrito enviando una solicitud firmada. También puede solicitar una apelación por teléfono. Para hacerlo, llame al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, *Cómo ponerse en contacto con nuestro plan cuando está solicitando una decisión de cobertura*, presentando una *apelación o queja sobre su atención médica*.

- Debe hacer 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.
- Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más datos si lo desea.
- No lo trataremos de manera diferente ni tomaremos represalias contra usted porque haya presentado una apelación.

*Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud verbal)*

<b>Términos legales</b>	Una “apelación rápida” también se denomina “apelación acelerada”.
-------------------------	---

- Si está apelando una decisión que nuestro plan tomó sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido (una “autorización previa”), usted y/o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, automáticamente aceptaremos otorgarle una apelación rápida.
- Si se rechaza su solicitud cuando usted pidió continuar recibiendo la atención que ahora obtiene o si necesita prolongar un servicio que se le ha proporcionado (una “autorización concurrente”), automáticamente le otorgaremos una apelación rápida.

### **Paso 3: Nuestro plan considera su apelación y le damos nuestra respuesta.**

- En un plazo de 15 días, le enviaremos una carta para comunicarle que estamos trabajando en su apelación.
- Las apelaciones de cuestiones clínicas las decidirán profesionales de salud calificados, quienes no tomaron la primera decisión, y al menos uno de ellos será un revisor clínico. Las decisiones no clínicas serán manejadas por una persona distinta de la que tomó la primera decisión.
- Cuando nuestro plan está revisando su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura de servicios. Verificamos si fuimos justos y si seguimos todas las normas cuando respondimos negativamente a su petición.
- 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 y tenemos toda la información que necesitamos, se tomarán decisiones rápidas en un plazo de 2 días hábiles desde el día en que GuildNet Health Advantage recibió la información necesaria pero no más de 3 días hábiles a partir del día en que GuildNet Health Advantage recibió su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión por teléfono y luego le enviaremos un aviso por escrito. 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 redundar en su beneficio, podemos tomarnos hasta 14 días más. Lo llamaremos de inmediato para informarle que necesitamos más tiempo para recopilar la información y luego le enviaremos un aviso por escrito. También le diremos por qué la demora es en su mejor interés.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos un aviso de denegación por escrito.

***Plazos límite para una apelación “estándar”.***

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que tomar nuestra decisión en 30 días calendario después de recibir su apelación si ésta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido y nosotros le notificaremos en un plazo de 2 días hábiles después de tomar la decisión. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud nos obliga a hacerlo.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría redundar en su beneficio, podemos tomarnos hasta 14 días más.
  - Le informaremos por escrito si debemos tomarnos tiempo adicional. También le diremos por qué la demora es en su mejor interés.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos un aviso de denegación por escrito.
- Si nuestra negación original fue porque dijimos que los servicios de Medicaid no eran médicamente necesarios o porque eran experimentales o de investigación y no le comunicamos nuestra decisión sobre su apelación dentro de los plazos estipulados anteriormente, la negación original en su contra se considerará inválida. Esto significa que su solicitud para la autorización de servicios será aprobada.

---

**Paso 4: Si nuestro plan rechaza la apelación, le informaremos cómo puede solicitar una audiencia imparcial o, si corresponde, una apelación externa ante el estado de Nueva York (NYS, por sus siglas en inglés).**

Si nuestro plan rechaza su apelación sobre solicitud de servicios, o sobre nuestra decisión de reducir, suspender o interrumpir los servicios que anteriormente autorizamos, usted puede solicitar una audiencia imparcial (consulte la Sección 12.5 de este capítulo).

Si nuestra negación original fue porque dijimos que el servicio de Medicaid no era médicamente necesario o era experimental o de investigación, también tiene derecho a solicitar una apelación externa ante el estado de Nueva York (consulte la Sección 12.6 de este capítulo).

Usted puede solicitar tanto la apelación ante el estado de Nueva York como una audiencia imparcial. Sin embargo, si solicita ambos recursos, la decisión que tendrá validez será la del funcionario de la audiencia imparcial.

<b>Sección 12.5</b>	<b>Paso a paso: Cómo solicitar una audiencia imparcial</b>
---------------------	--

Durante una audiencia imparcial, un juez administrativo de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York revisa la decisión que nuestro plan tomó cuando rechazamos su solicitud de prestación de servicios, rechazamos su primera apelación o le comunicamos que íbamos a interrumpir, reducir o suspender los servicios autorizados.

Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Si presentó una apelación según las normas de Medicare, no puede solicitar una audiencia imparcial sobre la misma decisión.

**Paso 1: Usted decide si quiere solicitar “ayuda para continuar”**

Si le comunicamos nuestra decisión de interrumpir, reducir o suspender los servicios de Medicare que autorizamos previamente, podrá continuar recibiendo estos servicios mientras espera la decisión de su audiencia imparcial si solicita una:

- en un plazo de 10 días desde la fecha en que recibió nuestra decisión de interrumpir, reducir o suspender el servicio; o
- para la fecha en que está programado el cambio en la atención o los servicios.

Si la decisión de la audiencia imparcial no es a su favor, tal vez tenga que pagar los costos de cualquier beneficio continuado que recibió como resultado de solicitar una audiencia imparcial de esos beneficios.

---

## **Paso 2: Para solicitar una audiencia imparcial**

Puede solicitar una audiencia imparcial de varias maneras:

- Por teléfono: Llame al número gratuito 1-800-342-3334
- Por Internet: Visite [www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp](http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp) y siga las instrucciones.
- Complete el Aviso de audiencia imparcial que le enviamos con nuestra decisión y luego
  - envíelo por fax al: 1-518-473-6735, o bien
  - envíe el Aviso de audiencia imparcial por correo a: Fair Hearing Section  
NYS Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930  
Albany, New York 12201.

Llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están en la portada de este folleto) si necesita ayuda para presentar su solicitud para una audiencia imparcial.

Recuerde, puede presentar una queja en cualquier momento al Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al 1-866-712-7197.

## **Paso 3: El juez administrativo revisa su apelación.**

- El juez administrativo es independiente y no tiene conexión con nuestro plan.
- El juez administrativo le informará por escrito cuándo y dónde se realizará su audiencia imparcial.
- Le enviaremos o llevaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo del caso”. Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.
- Usted tiene derecho a proporcionarle al juez administrativo información adicional para sustentar su apelación.
- El juez administrativo analizará cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

## **Paso 4: El juez administrativo le da su respuesta.**

El juez administrativo le comunicará por escrito su decisión y le explicará las razones que la fundamentan.

- Si el juez acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó, autorizaremos la cobertura de atención médica o le proporcionaremos el servicio.
- Si el juez rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

<b>Sección 12.6</b>	<b>Paso a paso: Cómo solicitar una apelación externa ante el estado de Nueva York</b>
---------------------	---

Si GuildNet Health Advantage rechaza la cobertura de servicios de Medicaid que usted y su médico solicitaron, debido a que no son médicamente necesarios, o porque son experimentales o de investigación, usted podrá pedir una apelación externa independiente al estado de Nueva York. Se llama una apelación externa porque la decisión la toman revisores que no trabajan para el plan de salud ni para el estado.

Estos revisores se llaman agentes de apelación externa y son personas calificadas, aprobadas por el estado de Nueva York. El servicio tiene que estar en el paquete de beneficios de GuildNet Health Advantage o ser un tratamiento experimental. Usted no tiene que pagar una apelación externa.

**Paso 1: Debe ser elegible para una apelación externa ante el estado de Nueva York.**

Para ser elegible para una apelación externa ante el estado de Nueva York:

- debe presentar una apelación estándar ante GuildNet Health Advantage y obtener la determinación final adversa de GuildNet Health Advantage;
- si tuvo una apelación acelerada y no está satisfecho con la decisión de GuildNet Health Advantage, puede presentar una apelación estándar ante GuildNet Health Advantage o ir directamente a una apelación externa ante el estado de Nueva York, **o bien**
- usted y GuildNet Health Advantage pueden acordar omitir el proceso de apelaciones de GuildNet Health Advantage e ir directamente a una apelación externa ante el estado de Nueva York.

Tiene 45 días después de haber recibido la decisión final de GuildNet Health Advantage para solicitar una apelación externa ante el estado de Nueva York. Si usted y GuildNet Health Advantage acuerdan omitir el proceso de apelaciones de GuildNet Health Advantage, entonces tiene que solicitar la apelación externa ante el estado de Nueva York dentro del plazo de 45 días de la fecha en la que hizo ese acuerdo. Perderá sus derechos a una apelación externa ante el estado de Nueva York si no presenta a tiempo la solicitud para la misma.

**Paso 2: Para solicitar una apelación externa ante el estado de Nueva York.**

Para solicitar una apelación externa ante el estado de Nueva York, llene una solicitud y envíela al Departamento de Seguros del estado de Nueva York. Usted y su médico tendrán que proporcionar información sobre sus problemas de salud. Para obtener una solicitud:

- Por teléfono: Llame al número gratuito del Departamento de Seguros del estado de Nueva York al 1-800-400-8882.
- Por Internet: visite el sitio web del Departamento de Seguros del Estado de Nueva York en [www.ins.state.ny.us](http://www.ins.state.ny.us) y siga las instrucciones.

- Use la solicitud que le enviamos cuando rechazamos su apelación.
- Llame al Servicio para los miembros (los números de teléfono están en la portada de este folleto) y le enviaremos por correo una solicitud.

### **Paso 3: El agente de apelación externa revisa su apelación.**

- Su apelación externa al estado de Nueva York se decidirá dentro del plazo de 30 días después de la fecha en que el Departamento de Seguros del Estado reciba su solicitud.
- Si el agente de la apelación externa solicita más información puede ser necesario más tiempo (hasta cinco días hábiles más). Usted y GuildNet Health Advantage conocerán la decisión final en un plazo de 2 días después de que se tome la decisión.
- Puede obtener una decisión más rápida si su médico dice que una demora perjudicará gravemente su salud. Esto se denomina una apelación externa acelerada. El agente decidirá una apelación acelerada en 3 días o menos. El agente les comunicará a usted y a GuildNet Health Advantage la decisión de inmediato por teléfono o por fax. Luego se le enviará una carta con la decisión.

## **SECCIÓN 13      Cómo presentar una queja a través del proceso de Medicaid**



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 12 de este capítulo.

### **Sección 13.1      ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?**

Consulte la Sección 11.1 de este capítulo (*¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?*), para obtener información sobre qué tipos de problemas se tratan mediante el proceso de quejas.

### **Sección 13.2      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 13.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja a través del proceso de Medicaid

#### **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 poner su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le daremos una respuesta a su queja por escrito.
- **Independientemente de si llama o escribe, debería ponerse en contacto con el 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 “respuesta rápida” para una decisión sobre la cobertura o una apelación, 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.**

<b>Términos legales</b>	En esta sección, una “queja rápida” también se denomina “reclamo acelerado”.
-------------------------	--

#### **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.
- **Le comunicaremos nuestra decisión a tan pronto como su condición lo requiera y en un plazo de 45 días** después de recibir toda la información necesaria pero **no más de 60 días** después de la recepción de la queja, a menos que nos solicite una prórroga o que consideremos que tomar una prórroga redundaría en su beneficio. **En ese caso, podemos tardar hasta 14 días adicionales** a partir de la fecha en que le notifiquemos por escrito acerca de la prórroga.
- Cuando una demora pudiera poner en riesgo su salud o si usted nos pide una decisión rápida y nosotros aceptamos, le comunicaremos nuestra decisión en **48 horas** a partir de la recepción de toda la información que necesitamos para responder a su queja, pero **no más de 7 días** después de la fecha en que recibimos su queja.
- Si no estamos de acuerdo con alguna parte o la totalidad de su queja, o no aceptamos ninguna responsabilidad por el problema sobre el que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

---

### **Paso 3: Si quiere presentar una apelación de una queja de Medicaid**

- Si usted no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre una queja que presentó a través del proceso de Medicaid, usted o su representante pueden presentar una apelación de la queja ante el plan.
- Debe presentar su apelación de la queja antes de los **60 días hábiles** después de recibir nuestra decisión sobre su queja inicial. Cuando reciba el aviso por escrito acerca de nuestra decisión con respecto a su queja, le indicará cómo presentar una apelación a una queja si no está satisfecho con nuestra decisión.
- Después de recibir su apelación de una queja, le enviaremos una carta en un plazo de **15 días hábiles** comunicándole quién es la persona que está trabajando con su apelación de la queja, cómo comunicarse con esa persona y si necesitamos más información.
- Su apelación de la queja será analizada por una o más personas calificadas que están a un nivel mayor que aquellas que estuvieron implicadas en la primera decisión de su queja. Si tenemos toda la información que necesitamos, le comunicaremos nuestra decisión en **30 días hábiles** a partir de la fecha en que hayamos recibido su apelación de la queja.
- Si una demora pudiera poner en riesgo su salud, obtendrá nuestra decisión en **2 días hábiles** a partir de la recepción de toda la información que necesitamos para decidir la apelación. Le daremos las razones de nuestra decisión.
  - Si todavía no está conforme, usted o alguien en su nombre pueden presentar una queja en cualquier momento al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-866-712-7097.

<b>Sección 13.4</b>	<b>También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad</b>
---------------------	--

Consulte la Sección 11.4 (*También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad*).

---

## **Capítulo 10: Cancelación de su membresía en el plan**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>199</b>
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan .....	199
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>199</b>
Sección 2.1	Puede cancelar su membresía en cualquier momento.....	199
Sección 2.2	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?.....	200
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>201</b>
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan.....	201
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....</b>	<b>203</b>
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan.....	203
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>GuildNet Health Advantage debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones .....</b>	<b>204</b>
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? .....	204
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud .....	205
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	205
Sección 5.4	Elegibilidad garantizada.....	205



---

## SECCIÓN 1 Introducción

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	--

Cancelar su membresía en GuildNet Health Advantage puede ser una acción **voluntaria** (cuando usted lo decide) o **involuntaria** (cuando no es usted quien toma la decisión):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  - Puede cancelar su membresía en el plan en cualquier momento. En la Sección 2 se informan los tipos de planes en los que puede inscribirse 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 finalizar 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?

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Puede cancelar su membresía en cualquier momento</b>
--------------------	---

Puede terminar su membresía en GuildNet Health Advantage en cualquier momento.

- **¿Cuándo puede terminar su membresía?** La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden finalizar su membresía solo en determinados momentos del año. Sin embargo, dado que usted recibe asistencia de Medicaid, **puede cancelar su membresía en GuildNet Health Advantage en cualquier momento.**
- **¿A qué tipo de plan de Medicare se puede cambiar?** 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 desea cambiarse a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte, Medicare puede

inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya elegido salir de la inscripción automática.

Dado que GuildNet Health Advantage es un plan para personas con Medicare y Medicaid, debe cancelar su inscripción en la parte del plan de Medicaid cuando cancela su inscripción en la parte del plan de Medicare. El personal de Health Advantage asignado o el Servicio para los miembros lo ayudará con este proceso.

- **¿A qué tipo de plan de Medicaid se puede cambiar?** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicaid:
  - Otro plan de salud de Medicaid.
  - Medicaid de honorarios por servicio.
  
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?**
  - Su membresía terminará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar sus planes. Si se inscribió en un plan nuevo, su inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.
  - Si su motivo para solicitar la cancelación de la inscripción se debe a que tiene una necesidad médica urgente, una queja por una inscripción sin consentimiento o, solo en la ciudad de Nueva York, si usted es una persona sin hogar que forma parte del sistema de refugios, puede solicitar una cancelación de la inscripción acelerada. Las personas inscritas que solicitan una cancelación de la inscripción de Medicaid Advantage por motivo de su estado documentado como personas con VIH, enfermedad renal terminal o SPMI/SED son categóricamente elegibles para una cancelación de la inscripción acelerada debido a su necesidad médica urgente.

<b>Sección 2.2</b>	<b>¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?</b>
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta o le gustaría recibir más información sobre cuándo puede terminar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio para los miembros** (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2012* (Medicare y usted 2012).
  - 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 del sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O puede pedir una copia impresa llamando a Medicare al número que figura más abajo.

- Puede ponerse en contacto con **Medicare** llamando 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?**

---

<b>Sección 3.1      En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan</b>
--

Una manera de cancelar su membresía en nuestro plan es simplemente inscribiéndose en otro plan de Medicare. Cuando se inscribe en otro plan de Medicare, la cancelación de su inscripción en la parte de Medicare Advantage es automática. Si va a cancelar su inscripción de esta manera, debe llamarnos o escribirnos para cancelar su inscripción en la parte de Medicaid Advantage también. Debe llamar al personal de Health Advantage asignado o al Servicio para los miembros tan pronto como pueda e informarnos lo que planea hacer. El personal de Health Advantage asignado también lo ayudará a preparar un plan para continuar con los servicios que son solamente de Medicaid, si es necesario.

Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte, debe solicitar su cancelación en la inscripción en nuestro plan. Hay dos formas de solicitar la cancelación en la inscripción:

- Puede realizar una solicitud escribiéndonos. (Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el personal de Health Advantage asignado o con el Servicio para los miembros.)
- --o-- Puede ponerse en contacto con Medicare llamando 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.

La tabla a continuación explica cómo debería terminar su membresía en nuestro plan.

<b>Si desea cambiar de nuestro plan a:</b>	<b>Esto es lo que debería hacer:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Otro plan de salud de Medicare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inscribirse en el nuevo plan de salud Medicare. Su inscripción en el plan se cancelará automáticamente de la parte de Medicare Advantage cuando su cobertura en el nuevo plan comience.</li><li>• Póngase en contacto con el personal de Health Advantage asignado o con el Servicio para los miembros para cancelar su inscripción de la parte del plan Advantage de Medicaid de nuestro plan.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Original Medicare <i>con</i> un plan separado para medicamentos con receta de Medicare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.</li><li>• Su inscripción en el plan se cancelará automáticamente de la parte de Medicare Advantage cuando su cobertura en el nuevo plan comience.</li><li>• Póngase en contacto con el personal de Health Advantage asignado o con el Servicio para los miembros para cancelar su inscripción de la parte del plan Advantage de Medicaid de nuestro plan.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Si desea cambiarse a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya elegido salir de la inscripción automática.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.</b> Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el personal de Health Advantage asignado o con el Servicio para los miembros (los números de teléfono se encuentran en la tapa posterior de este folleto).</li><li>• Puede ponerse en contacto con <b>Medicare</b> llamando 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.</li><li>• Póngase en contacto con el personal</li></ul>

<b>Si desea cambiar de nuestro plan a:</b>	<b>Esto es lo que debería hacer:</b>
<p>de Health Advantage asignado o con el Servicio para los miembros para cancelar su inscripción de la parte del plan Advantage de Medicaid de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Su inscripción en la parte de Medicare Advantage de nuestro plan se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.</li></ul>	

---

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

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan</b>
--------------------	--

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 entren en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debería continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que se cancele su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta sólo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia que brinda el servicio de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día que se cancele 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**

---

<b>Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?</b>
--

**GuildNet Health Advantage debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera 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 la cobertura de Medicaid, salvo que se encuentre en un período de elegibilidad garantizada (consulte la Sección 5.4 de este capítulo). Como se describe en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio o se encuentra fuera de ella durante más de tres 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.
  - Consulte la Sección 2.3 del Capítulo 4 para obtener información sobre cómo obtener atención médica cuando se encuentra fuera del área de servicio a través de los beneficios para visitantes/viajeros que ofrece nuestro plan.
- Si usted 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, salvo que se encuentre en un período de elegibilidad garantizada (consulte la Sección 5.4 de este capítulo).
- Si no cumple los requisitos de elegibilidad especiales del plan, según se indican en la Sección 2.1 del Capítulo 1.
- Si su ingreso o estadía en una institución residencial (centro de atención de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo) se clasifica como permanente al momento de su ingreso o luego de este.

**GuildNet Health Advantage puede cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:**

- Si usted, su familiar, su cuidador informal o un miembro de su hogar se comporta permanentemente de forma perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan.
  - No podemos hacerlo dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos antes permiso de Medicare y Medicaid.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica.
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

**¿Dónde puede obtener más información?**

Si tiene alguna pregunta o le gustaría recibir más información sobre cuándo podemos terminar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio para los miembros** para obtener más información (en la tapa posterior de este folleto encontrará los números de teléfono).

<b>Sección 5.2</b>	<b><u>No podemos</u> pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud</b>
--------------------	---

**¿Qué debería hacer si sucede esto?**

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debería 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.

<b>Sección 5.3</b>	<b>Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	---

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 dar por terminada su membresía. También puede consultar las secciones 11 y 13 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

<b>Sección 5.4</b>	<b>Elegibilidad garantizada</b>
--------------------	---------------------------------

Si pierde la elegibilidad para Medicaid durante los primeros seis (6) meses de inscripción, tiene derecho a permanecer inscrito en GuildNet Health Advantage por un período de seis (6) meses a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción, siempre y cuando también mantenga su inscripción en Medicare Advantage.

---

La elegibilidad garantizada no está disponible si pierde la elegibilidad por fallecimiento, mudanza fuera del estado de Nueva York o encarcelamiento.

Si adquiere la elegibilidad para Medicaid únicamente como “spend down” (responsabilidad económica del paciente), será elegible para permanecer inscrito en GuildNet Health Advantage por el resto de los seis (6) meses del período de elegibilidad garantizada, siempre y cuando también mantenga su inscripción en Medicare Advantage.

Si pierde y vuelve a adquirir la elegibilidad para Medicaid 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 la inscripción en GuildNet Health Advantage, finalizará su período de elegibilidad garantizada.

Durante el período de elegibilidad garantizada, no puede cambiar de plan de salud. Puede optar por cancelar su inscripción a GuildNet Health Advantage durante el período de garantía, pero no será elegible para inscribirse en otro producto de Medicaid Advantage debido a que pierde la elegibilidad para Medicaid.



---

**Capítulo 11. Avisos legales**

**SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente ..... 208**

**SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación ..... 208**

---

## **SECCIÓN 1      Aviso sobre la ley vigente**

---

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). 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 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.

Tampoco discriminamos a las personas por cuestiones de discapacidad del desarrollo/impedimentos físicos o mentales, orientación sexual, tipo de enfermedad o afección, necesidad de servicios para la salud o la tasa de capitación que recibimos.

---

## **Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes**

**Apelación:** la apelación es un recurso que puede utilizar si no está de acuerdo con la decisión tomada respecto de denegar una solicitud cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o el pago de los servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir 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 la presentación de una apelación.

**Área de servicios:** un área geográfica en la que un plan de salud acepta los miembros si limita la membresía según el lugar donde viven. Generalmente, para los planes que determinan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es el área donde puede obtener servicios de rutina (servicios que no son de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicios del plan.

**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.

**Atención de urgencia:** la atención de urgencia es la atención proporcionada ante una situación que no implica una emergencia, una enfermedad, lesión o afección médica imprevista, que requiere atención médica inmediata, pero en la que los proveedores de la red del plan se encuentran momentáneamente no disponibles o no es posible comunicarse con ellos.

**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 sólo si su médico u otro proveedor de la red consigue 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.

**Auxiliar de atención de la salud en el hogar:** brinda servicios que no necesitan las habilidades del personal de enfermería o los terapeutas titulados, tal como ayuda con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención de salud en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

**Ayuda adicional:** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los programas de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

**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).

**Centro de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés):** la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación que se proporcionan de forma diaria y continua, en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de Centros de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrar un médico o una enfermera certificada.

**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 fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y terapia del habla (servicios de patología del lenguaje), y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

**Centro quirúrgico ambulatorio:** un Centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el fin de brindar servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios que no requieren de hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

**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 el CMS.

**Cobertura para medicamentos con receta acreditable:** es la cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos en igual forma que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare):** es el seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta a pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren las Partes A ni B de Medicare.

**Copago:** un monto que usted quizá deba pagar como parte de un servicio médico o suministro, como la consulta a un médico, la visita de un paciente externo al hospital o un medicamento con receta. Generalmente, un copago es un monto fijo más que un porcentaje. Por ejemplo, usted paga un copago de \$10 o \$20 por una consulta con un médico o 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.

**Costos que paga de su bolsillo:** consulte la definición de “costo compartido” antes mencionada. 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 “paga de su bolsillo” un miembro.

**Cuidado asistencial:** el cuidado asistencial es la atención personal que puede brindar una persona que no tiene habilidades ni preparación profesionales, como ayuda con las actividades diarias tales como bañarse, vestirse, comer, acostarse o sentarse y levantarse de una cama o silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga por cuidado asistencial.

**Deducible:** la cantidad que debe pagar antes de que nuestro plan comience a pagar lo que le corresponde de sus servicios médicos cubiertos.

**Determinación de cobertura:** una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por la 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 formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Determinación de la organización:** la organización de Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando ésta o uno de sus proveedores toman una decisión de cobertura de los servicios o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

**Emergencia:** una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre la salud y la medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, pérdida de un miembro o pérdida de una función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

**Equipos médicos duraderos:** determinados equipos médicos que indica su médico para que los utilice en su casa. Entre los ejemplos se incluyen andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

**Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:** es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que no paga copagos por sus medicamentos después de que usted o alguna persona que reúne los requisitos en su nombre haya gastado \$4,700 en concepto de medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

**Etapas de cobertura inicial:** esta es la etapa antes de que el total de sus gastos en medicamentos alcance \$2,930, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado a nombre suyo.

**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, lo que 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 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 lo 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 del formulario).

**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 sólo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

**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 consiga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Honorarios de dispensación:** honorarios cobrados cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para el pago del costo del medicamento con receta que se obtiene. Los honorarios de dispensación cubren los costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

**Indicación médicamente aceptada:** es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o está respaldado por determinados libros de referencia. Para obtener más información sobre una indicación médicamente necesaria, consulte la Sección 4 del Capítulo 5.

**Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés):** es un beneficio mensual que paga la Administración del 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.

**Límite de cobertura inicial:** es el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

**Límites de cantidades:** herramienta de administración diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por cuestiones de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido de tiempo.

**Lista de medicamentos cubiertos (formulario o “Lista de medicamentos”):** es una lista de los medicamentos cubiertos que cubre 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.

**Medicaid (o Asistencia médica):** es un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos 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.

**Médicamente necesario:** los servicios, los suministros o los medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

**Medicamento de marca:** medicamento recetado 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.

**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. Generalmente, un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca y, por lo general, es más económico.

**Medicamentos cubiertos:** es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

**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.

**Medicare:** es un programa federal de seguro de salud para personas con una edad mínima de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (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 Medicare de costo, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

**Miembro (miembro de nuestro Plan o “miembro del plan”):** es 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).

**Nivel de costo compartido:** cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 4 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costos compartidos, mayor será su costo por el medicamento.

**Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés):** es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En la Sección 4 del Capítulo 2 se incluye más información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO en su estado.

**Original Medicare** (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “honorarios 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 pagar a los médicos, hospitales y otros proveedores de salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede ver a cualquier médico, hospital o proveedor de salud 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. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

**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 facilitar su referencia, denominaremos al programa de beneficios de medicamentos con receta la Parte D).

**Período de beneficios:** la forma en la que nuestro plan y Original Medicare miden su utilización de los servicios de un Centro de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa al hospital o centro de atención de enfermería especializada. El beneficio finaliza cuando no ha recibido ninguna atención para pacientes internados en un hospital (o cuidados especializados en un centro de atención de enfermería especializada [SNF, por sus siglas en inglés]) durante 60 días continuos. Si usted ingresa al Centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha finalizado, entonces comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límites en cuanto a la cantidad de períodos de beneficio.

**Periodo de inscripción inicial:** el momento en que es elegible para Medicare por primera vez, el período en el que puede inscribirse para la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para la Parte B cuando cumple 65, su Período de cobertura inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que usted cumple 65 años, incluido el mes en el que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en el que usted cumple 65 años.

**Persona con elegibilidad doble:** una persona que cumple con los requisitos de cobertura para Medicare y Medicaid.

**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.



**Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés):** es un plan de Medicaid Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han aceptado tratar a miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido que le corresponde al miembro será normalmente superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de parte de los proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en los costos combinados que paga de su bolsillo por servicios proporcionados por proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

**Plan de salud Medicare:** los planes de salud de Medicare se ofrecen a través de una compañía privada, que ha celebrado un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare a las personas que se inscriben en el plan. Este plazo incluye todos los planes Medicare Advantage, planes Medicare de costo, programas de demostraciones/pilotos y programas de atención para ancianos con todo incluido (PACE, por sus siglas en inglés).

**Plan institucional de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés):** un Plan de necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que viven continuamente o se prevé que vivan continuamente durante 90 días o más, en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Estos centros de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) incluyen un centro de atención de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR, por sus siglas en inglés) y/o un hospital psiquiátrico. Un plan de necesidades especiales institucional para atender a los residentes de Medicare en centros de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) debe tener un arreglo contractual con (o ser propietario y administrar) los centros de atención a largo plazo específicos.

**Plan institucional equivalente de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés):** un plan de necesidades especiales institucionales que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren de un nivel de atención institucional basado en la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse con la misma herramienta de evaluación de atención de nivel estatal que corresponda y debe administrarla una entidad diferente a la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en una residencia de vivienda asistida contratada (ALF, por sus siglas en inglés) si es necesario para garantizar una entrega uniforme de la atención especializada.

**Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés):** a veces se denomina Parte C de Medicare. Se trata de un plan que ofrece una compañía privada, que ha celebrado un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un plan privado de honorarios por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos (MSA, por sus siglas en inglés) de Medicare. Cuando está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan en virtud de 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**. Toda persona que tenga la

---

cobertura de 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 Medicare de costo:** es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) o un Plan médico competitivo (CMP, por sus siglas en inglés) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud del inciso h del artículo 1876 de la Ley.

**Plan PACE:** un plan PACE (Programa de atención para ancianos con todo incluido) combina los servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para las personas débiles a fin de ayudarlas a mantener su independencia y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto como sea posible, mientras obtienen la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios Medicare y Medicaid a través del plan.

**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 sólo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Prima:** el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la salud o una cobertura de medicamentos recetados.

**Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare:** es un programa que brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

**Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés):** el proveedor de atención médica primaria es el médico u otro proveedor que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. Él se asegura de que usted obtenga la atención que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y proveedores de la salud sobre su atención y realizar remisiones. En la mayoría de planes de salud de Medicare, debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de visitar a otros proveedor de la salud. Para obtener información sobre los proveedores de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

**Proveedor de la red:** “proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el Estado para 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 en función del 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”.

**Proveedor fuera de la red o centro de 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 los proveedores o centros fuera de la red.

**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.

**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. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Servicio para los miembros.

**Servicios cubiertos:** es el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación:** estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

**Subsidio por bajos ingresos:** consultar “Ayuda adicional”.

**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 al principio.

## Servicios para los miembros de GuildNet Health Advantage

<b>LLAME AL</b>	1-800-815-0000  Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.  El Servicio para los miembros también dispone de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	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. De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.
<b>FAX</b>	1-212-769-1621
<b>ESCRIBA A</b>	GuildNet Health Advantage, 15 West 65 Street, New York, NY 10023  guildnetinfo@jgb.org
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.guildnetny.org">www.guildnetny.org</a>

### HIICAP (New York SHIP)

HIICAP 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.

<b>HIICAP (New York SHIP) para residentes de los condados de Nueva York (Manhattan), el Bronx, Queens o Kings (Brooklyn)</b>	
<b>LLAME AL</b>	1-212-869-3850 ó 1-800-701-0501
<b>ESCRIBA A</b>	HIICAP, NYC Dept. of Aging, 2 Lafayette Street, 16th Floor, New York, NY 10007
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.ny.gov/healthbenefits">www.aging.ny.gov/healthbenefits</a>

<b>HIICAP (New York SHIP) para residentes del condado de Nassau</b>	
<b>LLAME AL</b>	516-292-1300 Int. 2272
<b>ESCRIBA A</b>	Family/Children Service Association of Nassau County 336 Fulton Avenue, Hempstead, NY 11550
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://familyandchildrens.org">http://familyandchildrens.org</a>

<b>HIICAP (New York SHIP) para residentes del condado de Suffolk</b>	
<b>LLAME AL</b>	631-853-8200
<b>ESCRIBA A</b>	Office for the Aging, P.O. Box 6100, H. Lee Dennison Building 3rd Floor, 100 Veterans Memorial Highway Hauppauge, NY 11788-0099
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.co.suffolk.ny.us/departments/CountyExec/aging.aspx">http://www.co.suffolk.ny.us/departments/CountyExec/aging.aspx</a>