

Del 1 de enero al 31 diciembre de 2011

Evidencia de cobertura:

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

Este folleto proporciona detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta y de salud de Medicare, con vigencia del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011. Explica cómo obtener atención médica y los medicamentos con receta que necesita. El plan combina un plan de Medicare Advantage, un plan de atención a largo plazo administrado por Medicaid (Medicaid Advantage Plus) y un plan de la Parte D. Éste es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Servicio al cliente de GuildNet Gold HMO-POS SNP:

Para obtener ayuda o información, llame al Servicio al cliente o visite nuestro sitio web en www.jgb.org/guildnet.

1-800-932-4703, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (Las llamadas a estos números son gratuitas).

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-662-1220

Este plan es ofrecido por GuildNet, Inc., que se menciona en la *Evidencia de cobertura* como “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”. *GuildNet Gold HMO-POS SNP* se denomina “plan” o “nuestro plan”.

GuildNet Gold HMO-POS SNP es un plan de salud con un contrato federal y del estado de Nueva York.

Esta información está disponible en distintos formatos, incluso en español. Si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma, llame al Servicio al cliente al número que se menciona más arriba.

Esta información esta disponible en diferentes formatos, incluso en español. Si usted necesita información sobre el plan en otro formato o idioma, llame al Servicio al cliente al número indicado más arriba.

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la prima y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2012.

H6864_MEM10_15
CMS aprobado 10/01/2010

Índice

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

Capítulo 1.... Cómo comenzar como miembro de GuildNet Gold HMO-POS SNP	1
Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.	
Capítulo 2..... Números de teléfono y recursos importantes	13
Describe cómo puede ponerse en contacto con nuestro plan (GuildNet Gold HMO-POS SNP) y con otras organizaciones, incluidas Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud, la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de jubilación para empleados ferroviarios.	
Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos	25
Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluye cómo acceder a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.	
Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)	38
Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles no como miembro de nuestro plan. También se informa la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.	
Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D.....	65
Explica las normas con las que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la lista de medicamentos cubiertos	

(formulario) del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que no están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a su cobertura para determinados medicamentos y dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad de los fármacos y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D.....	87
Explica las tres etapas de la cobertura para medicamentos (etapa de cobertura inicial, etapa de período sin cobertura, etapa de cobertura en situaciones catastróficas) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. También detalla los cuatro niveles de costo compartido correspondientes a los medicamentos de la Parte D y se incluye lo que le corresponde pagar a usted (copagos) del costo de un medicamento en cada nivel de costo compartido. También se explica la multa por inscripción tardía.	
Capítulo 7. Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios o medicamentos cubiertos	105
En este capítulo se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos.	
Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades.....	112
Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos	
Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	124
En este capítulo se describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.	
<ul style="list-style-type: none">• Explica cómo solicitar que se tomen decisiones sobre la cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos con receta que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.	

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

Capítulo 10. Cancelación de la membresía en el plan 207

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

Capítulo 11. Avisos legales..... 217

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 219

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

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro de GuildNet Gold HMO-POS SNP

SECCIÓN 1 Introducción	2
Sección 1.1 ¿De qué trata el folleto sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> ?	2
Sección 1.2 ¿De qué se trata este capítulo?	3
Sección 1.3 ¿Qué sucede si es un miembro nuevo de GuildNet Gold?	3
Sección 1.4 Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	3
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	4
Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad	4
Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y de la Parte B de Medicare?	6
Sección 2.3 Ésta es el área de servicio del plan para GuildNet Gold	7
SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?	7
Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos y la atención cubiertos	7
Sección 3.2 <i>Directorio de proveedores</i> : su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan	8
Sección 3.3 <i>Directorio de farmacias</i> : su guía para conocer las farmacias de nuestra red	9
Sección 3.4 La <i>Lista de medicamentos cubiertos (formulario)</i> del plan	10
Sección 3.5 Informes que contienen un resumen de los pagos efectuados para sus medicamentos con receta	10
SECCIÓN 4 Su prima mensual de GuildNet Gold	11
Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?	11
SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan	12
Sección 5.1 Cómo puede ayudar para asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted	12

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 ¿De qué trata el folleto sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>?
--

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

GuildNet Gold 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 la mayoría de los servicios que solía obtener del programa de pago por servicios prestados de Medicaid. Además, puede obtener servicios adicionales, como tratamiento nutricional, y apoyo social y ambiental.

Uno de los tantos y excelentes beneficios que ofrece GuildNet Gold es la posibilidad de tener su propio Administrador de casos personal. Su Administrador de casos lo ayudará a recorrer el sistema de atención de la salud al coordinar su atención y ayudarlo a identificar proveedores de calidad en nuestra creciente red de proveedores. Además, le asignaremos un equipo de profesionales de salud formado por su médico, un asistente social y un profesional de salud mental. Al trabajar en conjunto con el equipo de profesionales de salud, su Administrador de casos facilitará el desarrollo de un plan de atención diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de atención médica. Más adelante en esta Evidencia de cobertura (EOC) encontrará más información sobre este tema.

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

También puede aprovechar el apoyo social que ofrecemos. Puede ir a un Centro social diurno o a un Centro de atención médica diurna para adultos. En un Centro de atención médica diurna para adultos, puede socializar, además de recibir atención médica. En estos Centros, puede participar en actividades, comer y disfrutar de bocadillos. GuildNet Gold organizará el transporte hacia y desde el Centro. Además, cuando se inscribe en GuildNet Gold, no tiene ningún copago, excepto algunos copagos para medicamentos con receta. Para obtener ayuda o información, llame al Servicio al cliente al 1-800-932-4703 o visite nuestro sitio web en www.jgb.org/guildnet.

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid, y ha elegido recibir la cobertura de salud de Medicare y Medicaid y la cobertura para medicamentos con receta a través de nuestro plan, GuildNet Gold HMO-POS SNP.
- Hay distintos tipos de planes Medicare Advantage. GuildNet Gold HMO-POS SNP es un plan de Medicare Advantage HMO (HMO, en inglés, significa Organización para el mantenimiento de la salud y POS, en inglés, significa Punto de servicio).

Este plan es ofrecido por GuildNet, que se menciona en la *Evidencia de cobertura* como “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”. GuildNet Gold HMO-POS SNP se denomina “plan” o “nuestro plan.”

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos con receta a su disposición como miembro de GuildNet Gold HMO-POS SNP.

Sección 1.2 ¿De qué se trata este capítulo?

Lea el capítulo 1 de esta *Evidencia de cobertura* para aprender sobre:

- ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?
- ¿Cuál es el 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 1.3 ¿Qué sucede si es un miembro nuevo de GuildNet Gold?

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 confunde o le preocupa, o tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Servicio al cliente del plan (en la portada de este folleto encontrará la información de contacto).

Sección 1.4 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 Gold cubrirá su atención médica. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en GuildNet Gold, desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2011.

Medicare y el Departamento de Salud de Nueva York deben aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y Medicaid (Departamento de Salud del Estado de Nueva York) deben aprobar GuildNet Gold cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare y Medicaid como miembro de nuestro plan sólo si decidimos continuar ofreciendo el plan durante el año en cuestión y si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y el estado de Nueva York renuevan la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad
--

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

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

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para recibir los beneficios tanto de Medicare como de la cobertura total de Medicaid (o bien, de Medicaid a través de spend-down (responsabilidad económica del paciente)). Usted es elegible siempre y cuando:

- sea mayor de 18 años;
- esté inscrito en el programa Medicare Advantage y Medicaid Advantage Plus del plan;
- sea elegible para un nivel de cuidado en un hogar de convalecencia (al momento de la inscripción);
- sea capaz de regresar a su hogar y permanecer en él o en su comunidad sin poner en peligro la salud y la seguridad; y
- necesite administración de atención y se espere que necesite al menos uno de los siguientes servicios para al menos 120 días a partir de la fecha de vigencia de la inscripción:

- Servicios de enfermería en el hogar.
- Terapias en el hogar.
- Servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar.
- Servicios de atención personal en el hogar.
- Atención médica diurna para adultos.
- Atención diurna social si se utiliza como sustituto de los servicios de atención personal en el hogar.

No es elegible para ser miembro de nuestro plan si:

- es residente de un hogar de convalecencia al momento de la inscripción y no se espera su reintegración a la comunidad dentro del primer mes siguiente a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción;
- está inscrito en el NYS Medicaid Restricted Recipient Program (Programa de beneficios restringidos de NYS Medicaid);
- la Administración de Recursos Humanos de la ciudad de Nueva York ha determinado que no es rentable que se inscriba porque tiene otro seguro;
- fue ingresado a un programa de hospicios antes del momento de la inscripción (si usted entra en un programa de hospicios mientras está inscrito en el plan, puede permanecer inscrito); o
- en la actualidad es o tiene la intención de seguir siendo:
 - residente de un centro de tratamiento certificado por el estado o voluntario para niños y jóvenes;
 - residente de un centro operado bajo los auspicios de la Oficina de Salud Mental del Estado (OMH, por sus siglas en inglés), la Oficina de Servicios de Abuso de Sustancias Tóxicas y Alcoholismo (OASAS, por sus siglas en inglés) o la Oficina de Retraso Mental y Discapacidades del Desarrollo (OMRDD, por sus siglas en inglés);
 - inscrito en otro plan de atención administrada de Medicaid;
 - inscrito en otro programa de excepción de servicios en el hogar y la comunidad; o
 - inscrito en un programa de tratamiento diurno OMRDD.

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.

Sección 2.3	Ésta es el área de servicio del plan para GuildNet Gold
--------------------	--

Aunque Medicare es un programa federal, GuildNet Gold se encuentra disponible sólo 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).

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, póngase en contacto con el al cliente.

SECCIÓN 3	¿Qué otra documentación le enviaremos?
------------------	---

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

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red.

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). 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, éste 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, se pierde o se la roban, llame al Servicio al cliente 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 está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Servicio al cliente para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 *Directorio de proveedores: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan*

Cada año que sea miembro de nuestro plan, le enviaremos un nuevo *Directorio de proveedores* o una actualización del *Directorio de proveedores*. En este directorio se incluyen los proveedores 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 que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

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

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

La red de proveedores de *GHI Medicare Choice PPO* y la red de servicios de atención a largo plazo de *GuildNet Gold* forman la red *GuildNet Gold*. 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 servicios de atención a largo plazo de *GuildNet Gold* para recibir servicios de atención a largo plazo, que son los 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 una derivación y, en muchos casos, no es necesario que obtenga autorización previa.

Usted debe utilizar un proveedor de la red de servicios de atención a largo plazo de GuildNet Gold para recibir servicios de atención a largo plazo, que son los que solía obtener del programa de pago por servicios de Medicaid. Es posible que haya ocasiones en las que *GuildNet Gold* le otorgue la aprobación para utilizar un proveedor que no pertenezca a la red de servicios de atención a largo plazo de *GuildNet Gold*. Consulte la sección 2.4 de esta Evidencia de cobertura para obtener más información.

Sepa que tiene la libertad de elegir a cualquier proveedor de la red de servicios de atención a largo plazo de *GuildNet Gold*, 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. Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través del Servicio al cliente. En el Servicio al cliente, puede obtener más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia.

Para obtener la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores, puede llamar al Servicio al cliente al 1-800-932-4703, 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 acceder a nuestro Directorio de proveedores en www.jgb.org/guildnet.

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

El Directorio de proveedores que le enviamos incluye el Directorio de farmacias. Consulte la sección Directorio de farmacias del Directorio de proveedores para obtener información sobre las farmacias que participan.

¿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 nuestros planes.

¿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 proveedores/farmacias*, puede obtener una copia a través del Servicio al cliente (en la portada encontrará los números de teléfono). Puede llamar al Servicio al cliente 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.jgb.org/guildnet.

Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviarla. Indica cuáles son los medicamentos con receta de la Parte D que cubre GuildNet Gold. 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 Gold.

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.jgb.org/guildnet) o llamar al Servicio al cliente (en la portada de este folleto encontrará los números de teléfono).

Sección 3.5 Informes que contienen un resumen de los pagos efectuados para sus medicamentos con receta

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta, le enviaremos un informe que le ayudará a comprender y llevar un registro de los pagos efectuados para los medicamentos con receta. Este informe resumido se denomina *Explicación de los beneficios*.

La *Explicación de los beneficios* le informa la cantidad total que gastó en medicamentos con receta y la cantidad total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos con receta 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 al cliente.

SECCIÓN 4 Su prima mensual de GuildNet Gold

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?
--

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan GuildNet Gold. (Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare si tiene una actualmente).

Debido a que usted tiene Medicare y Medicaid, automáticamente reúne los requisitos para la Ayuda adicional. La Ayuda adicional de Medicare lo ayuda a pagar la prima de la Parte D, el deducible y los copagos. Debe haber recibido por correo otra carta, 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 esta carta, llame al Servicio al cliente y pida que se la envíen. En la portada encontrará los números de teléfono del Servicio al cliente.

Muchos 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 las Partes A y B de Medicare. Por ello, algunos miembros del plan estarán pagando una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan estará pagando una prima por la Parte B de Medicare. Usted debe continuar pagando la prima por la Parte B de Medicare, si tiene una, para continuar siendo miembro del plan.

- El documento denominado *Medicare & You 2011* (Medicare y usted 2011) incluye información sobre estas primas en la sección titulada “2011 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2011). 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 la inscripción. 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.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

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

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla 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.

Llame al Servicio al cliente para comunicarnos 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.

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.

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 al cliente (en la portada de este folleto encontrará los números de teléfono).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de GuildNet Gold (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio al cliente)	14
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	17
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	19
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).....	19
SECCIÓN 5	Seguro Social	20
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).....	21
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	22
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios	23

SECCIÓN 1 Contactos de GuildNet Gold **(cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Servicio al cliente)**

Cómo puede ponerse en contacto con el Servicio al cliente 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 Servicio al cliente de GuildNet Gold. Con gusto le ayudaremos.

Servicio al cliente	
LLAME AL	1-800-932-4703 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.
TTY	1-800-662-1220 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y sólo 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.
FAX	1-212-769-1621
ESCRIBA A	GuildNet Gold, 15 West 65 Street, New York, NY 10023 guildnetinfo@jgb.org
SITIO WEB	www.jgb.org/guildnet

Cómo ponerse en contacto con nuestro plan para solicitar una decisión de cobertura, presentar apelación o queja sobre su atención médica

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisión de cobertura, apelaciones o quejas.

Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas sobre la atención médica	
LLAME AL	1-800-932-4703 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.
TTY	1-800-662-1220 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y sólo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX	1-845-340-3435
ESCRIBA A	GuildNet Gold, P.O. Box 4296, Kingston, NY 12402

Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar una apelación o una queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 9 titulado (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

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

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

TTY	1-866-248-0640 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y sólo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	Pharmacy Services, P.O. Box 1520 JAF Station, New York, NY 10116-1520.

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)*).

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

Apelaciones y quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D	
LLAME AL	1-866-557-7300 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.
TTY	1-866-248-0640 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y sólo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	GuildNet Gold, P.O. Box 4296, Kingston, NY 12402

Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación o queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*).

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

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos*).

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)*).

Solicitudes de pago	
LLAME AL	1-800-932-4703 para solicitudes de pago de atención médica; 1-877-444-3973 para solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D Las llamadas a estos números son gratuitas.
TTY	1-800-662-1220 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y sólo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	GuildNet Gold, 15 West 65 th Street, New York, NY 10023 para solicitudes de pago de atención médica; Pharmacy Services, P.O. Box 1520 JAF Station, New York, NY 10116-1520 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 sólo 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. Hay herramientas que le servirán para comparar los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos de Medicare disponibles en su área. Además, si selecciona la opción “Help and Support (Ayuda y apoyo)” y luego hace clic en “Useful Phone Numbers and Websites” (Sitios web y números de teléfono útiles), encontrará información de contacto de Medicare en su estado. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a que ingrese en el sitio web 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 que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. También pueden ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

HIICAP	
LLAME AL	1-212-869-3850 ó 1-800-701-0501
ESCRIBA A	HIICAP, NYC Dept. of Aging, 2 Lafayette Street, 16th Floor, New York, NY 10007
SITIO WEB	www.aging.ny.gov/healthbenefits

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

IPRO	
LLAME AL	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 SNF, un CORF o una HHA: 1-888-696-9561
TTY	1-866-446-3507 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y sólo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	IPRO, 1979 Marcus Avenue, Lake Success, NY 11042-1002
SITIO WEB	www.ipro.org/index/consumers

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses de 65 años o más, que tienen una discapacidad o que 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 y pagar la prima de la Parte B. 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.

Administración del Seguro Social	
LLAME AL	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 nuestro servicio telefónico automático para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y sólo 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.
SITIO WEB	http://www.ssa.gov

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)**

GuildNet Gold combina un plan para medicamentos con receta Medicare Advantage, que es un plan de necesidades especiales, y un plan de atención a largo plazo administrado Medicaid (Medicaid Advantage Plus). El plan cubre la mayoría de los servicios que solía recibir del plan Original Medicare, la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D y la mayoría de los servicios que solía recibir del programa de pago por servicios 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. Algunos beneficiarios de Medicare también pueden reunir los requisitos para ser beneficiarios de Medicaid. Medicaid cuenta con programas que pueden ayudarle a pagar las primas de Medicare y otros costos si reúne los requisitos. Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, póngase en contacto con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

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

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

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que usted tiene Medicare y Medicaid, automáticamente reúne los requisitos para obtener la Ayuda adicional total. Medicare le enviará una carta para informarle que automáticamente reúne los requisitos para la Ayuda adicional. Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta Ayuda adicional también se considera para los costos que paga de su bolsillo.

Programa de descuento del período sin cobertura de Medicare. A partir de 2011, el Programa de descuento del período sin cobertura de Medicare ofrecerá descuentos del fabricante en los medicamentos de marca a las personas inscritas a la Parte D que hayan llegado al período sin cobertura y no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Un 50% de descuento en el precio negociado (no incluye los honorarios de dispensación) estará disponible para los medicamentos de marca de los fabricantes que hayan aceptado pagar el descuento.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

En muchos estados hay Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta según la necesidad económica, la edad y la condición médica. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a las personas.

En Nueva York, la Cobertura de seguro farmacéutico para personas de edad avanzada (EPIC, por sus siglas en inglés) es una organización estatal que brinda ayuda financiera para obtener

medicamentos con receta a personas con discapacidades y a personas mayores que tienen ingresos limitados y necesidades médicas.

EPIC	
LLAME AL	1-800-332-3742
TTY	1-800-290-9138 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y sólo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	EPIC, P.O. Box, 15018, Albany, NY 12212-5018
SITIO WEB	http://www.health.state.ny.us/health_care/epic/

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.

Junta de jubilación para ferroviarios	
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Se atiende de lunes a viernes, de 9 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.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y sólo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	http://www.rrb.gov

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

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	27
Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	27
Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan	27
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica	28
Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que proporcione y coordine su atención médica.....	28
Sección 2.2 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	29
Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red	30
SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos si tiene una emergencia o una necesidad urgente de recibir atención	31
Sección 3.1 Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica	31
Sección 3.2 Cómo puede obtener atención ante una necesidad urgente de recibir atención.....	32
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	32
Sección 4.1 Puede solicitarle al plan que pague la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos.....	32
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	33
Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	33
Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?.....	35
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”	36
Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?	36

Sección 6.2¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan?	36
--	----

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

Este capítulo detalla lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener la atención médica cubierta. 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 qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto le corresponde pagar a usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*).

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

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

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de 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 y sus montos correspondientes al costo compartido del plan como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Por lo general, los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, paga un copago de \$0 por sus servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que cubre el plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica que cubre el plan

Existen diferencias entre la manera en que recibe la atención médica que solía estar cubierta por Original Medicare y los servicios de atención a largo plazo. Por ejemplo, puede obtener servicios de podiatría cubiertos dentro o fuera de la red sin autorización. Para obtener servicios de atención personal, debe tener autorización y utilizar un proveedor de la red de GuildNet Gold.

Generalmente, GuildNet Gold HMO-POS SNP cubrirá su atención médica siempre que:

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

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Debe ser un tratamiento aceptado para su afección médica.
- Usted reciba atención por parte de un proveedor de la red. 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 los proveedores de la red han acordado participar en su atención.
- Tenga la autorización previa y obtenga servicios de atención a largo plazo de un proveedor de la red (consulte el capítulo 4 sobre el tipo de beneficios que debe recibir de los proveedores de la red de GuildNet Gold). Es posible que haya ocasiones en las que GuildNet Gold le otorgue la aprobación para utilizar un proveedor que no pertenezca a la red de GuildNet Gold. Para obtener más información, consulte la sección 1 del capítulo 6.

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

Sección 2.1	Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para que proporcione y coordine su atención médica
--------------------	---

¿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, su Administrador de casos 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, administrarle las vacunas y los exámenes que necesita, derivarlo a especialistas u otros proveedores de salud que pueda necesitar. Es importante que tenga un PCP y que consulte con él regularmente, para que encuentre los problemas antes de que sean graves.

¿Cómo elige al PCP?

Puede elegir un PCP por su cuenta, elegir uno del Directorio de proveedores del plan o puede llamar a su Administrador de casos quien lo ayudará a elegir uno. Cuando comience las consultas con su PCP, informe a su Administrador de casos 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, llame a su Administrador de casos para que podamos actualizar su registro. Si necesita ayuda para seleccionar un nuevo PCP, su Administrador de casos puede ayudarlo.

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

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

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- No necesita una derivación para ver a un especialista. Algunos servicios requieren que el proveedor solicite al plan una aprobación previa (consulte el capítulo 4 para obtener más información sobre servicios que requieren aprobación previa).

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

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

Si usted consulta con un proveedor que se encuentra en la red de servicios de atención a largo plazo de GuildNet Gold y ese proveedor deja la red, puede continuar consultando ese proveedor si se encuentra en un tratamiento continuo y el proveedor acepta el pago de GuildNet. El plan le permitirá continuar consultando al proveedor por hasta noventa (90) días hasta que el tratamiento se complete o se lleve a cabo la transición a un nuevo proveedor. Durante ese tiempo, el plan lo ayudará a elegir otro proveedor de la red de servicios de atención a largo plazo de GuildNet Gold y nosotros realizaremos la transición de su atención al nuevo proveedor. Si utiliza un proveedor fuera de la red que no hemos autorizado, es posible que tenga que pagar la atención fuera de la red.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Para los servicios que solía recibir de Original Medicare, puede consultar con proveedores fuera de la red. Antes de consultar con un proveedor fuera de la red, asegúrese de que el proveedor acepte la asignación del plan Original Medicare. Si es posible, siempre es buena idea asegurarse de que el proveedor sigue las normas de autorización del plan. Antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, es posible que desee confirmar con nosotros si cubrimos los servicios que recibe y si son médicamente necesarios.

Para los servicios que solía recibir del servicio de pago por servicio de Medicaid, debe utilizar un proveedor de la red de servicios de atención a largo plazo de GuildNet Gold. Es posible que algunas veces el plan le permita utilizar un proveedor fuera de la red para recibir servicios de atención médica a largo plazo. Esto puede suceder cuando:

- El plan autorizó estos servicios por adelantado. Consulte el capítulo 4 para obtener más información sobre el tipo de beneficios que debe recibir de los proveedores de la red de GuildNet Gold.
- Usted necesita recibir atención médica que nuestro plan cubre y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor que no pertenezca a la red. Debe recibir autorización del plan antes de recibir la atención. En este caso, el copago de su atención será de \$0.
- Cuando usted se inscribe en el plan, se encuentra bajo el cuidado de un proveedor de atención médica fuera de la red. Puede continuar el tratamiento con este proveedor por hasta 60 días desde que se inscribió en el plan. Su proveedor debe aceptar el pago de la tarifa del plan, seguir nuestras pólizas y aceptar brindarnos la información médica sobre su atención.
- 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. 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 Gold 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.

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

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

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

Cuando se encuentra ante una “emergencia médica”, usted cree que su salud corre un grave peligro. Una emergencia médica puede incluir dolor intenso, una lesión grave, una enfermedad repentina o una afección médica que se agrava 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. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una derivación 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 del Servicio al cliente que se encuentra 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 médicos en el capítulo 4 de este folleto.

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

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

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

Algunas veces puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque cree 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.

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

¿Qué es “atención de urgencia”?

“Atención de urgencia” se refiere a una situación que no se trata de una emergencia, pero que requiere atención médica de inmediato debido a una enfermedad, lesión o afección que no esperaba ni preveía que sucediera; pero no es una situación que ponga su salud en grave peligro.

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

Siempre que sea posible, debe usar nuestros proveedores de la red cuando esté dentro del área de servicio del plan y tenga una necesidad urgente de recibir atención. (Para obtener más información sobre el área de servicio del plan, consulte la sección 2.3 del capítulo 1 de este folleto).

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

Suponga que está transitoriamente fuera del área de servicio del plan, pero aún está en los Estados Unidos. Si tiene una necesidad urgente de recibir atención, probablemente no podrá encontrar a ninguno de los proveedores de la red del plan. En este caso (cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red), el plan cubrirá la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

El plan no cubre la atención de urgencia ni ningún otro tipo de atención si la recibe fuera de los Estados Unidos, excepto la atención de emergencia.

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

Sección 4.1	Puede solicitarle al plan que pague la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos
--------------------	---

En casos limitados, es posible que tenga que pagar el costo total del servicio. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, usted querrá que el plan pague la parte que le corresponde de los costos y le reembolse los pagos que ya haya efectuado.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. En muchos casos, debe enviarnos esta factura para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos de los servicios médicos cubiertos.

Si pagó más de lo que le correspondía pagar por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si aceptó por escrito recibir ciertos servicios, debe pagar el costo total

GuildNet Gold HMO-POS SNP cubre la mayoría de los servicios de Medicaid y Medicare que son médicamente necesarios y que se prestan de conformidad con las normas del plan. Debe pagar los servicios no cubiertos por el plan, Original Medicare y el servicio de pago por servicios de Medicaid si su proveedor le informa por adelantado que estos servicios no están cubiertos **Y USTED ACEPTA, POR ESCRITO, PAGAR POR ELLOS**. Se proporcionará más información en la sección 3 del capítulo 4 de esta Evidencia de cobertura.

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.

En el capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja*) encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Servicio al cliente al número que se encuentra en la portada 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, si acepta por escrito recibir estos servicios. Por ejemplo, desea una consulta de podiatría de rutina luego de haber utilizado las cuatro consultas de rutina cubiertas por el plan al año. Puede llamar al Servicio al cliente si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio.

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 llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio sólo 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 el plan o el PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

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

1. Podemos decirle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
2. Podemos comentarle cuáles serán los servicios que le brindarán los proveedores del estudio de investigación clínica en lugar de que se los brinde el plan.
3. Podemos hacer un seguimiento de los servicios de atención médica que reciba como parte del estudio.

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, póngase en contacto con el Servicio al cliente (consulte la sección 1 del capítulo 2 de esta *Evidencia de cobertura*).

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

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

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

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que sus costos por los servicios que recibe como parte del estudio no serán mayores de lo que serían si usted los recibiera fuera de un estudio de investigación clínica.

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 sólo 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?

Para saber cuál sería el coseguro que debería pagar si participara en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, llame al Servicio al cliente (en la portada de este folleto encontrará los números de teléfono).

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 en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”

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

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

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

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

- La atención o el tratamiento médicos que “no estén exceptuados” corresponden a la atención o el tratamiento 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 sólo 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 d el capítulo 4. La cobertura para este beneficio es ilimitada.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	39
Sección 1.1	¿Qué tipos de costos debe pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos?	39
SECCIÓN 2	Averigüe con esta Tabla de beneficios médicos qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar	39
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan.....	39
SECCIÓN 3	¿Qué tipos de beneficios no cubre el plan?	60
Sección 3.1	Tipos de beneficios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	60
Sección 3.2	Tipos de beneficios cubiertos por el servicio de pago por servicios de Medicaid	62

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que le corresponde pagar a usted por los beneficios médicos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos que proporciona una lista de los servicios cubiertos y la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de GuildNet Gold HMO-POS SNP. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. Y también sobre los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 ¿Qué tipos de costos debe pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos?

Para que comprenda la información sobre pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico.

SECCIÓN 2 Averigüe con esta *Tabla de beneficios médicos* qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en la página siguiente enumera los servicios que GuildNet Gold HMO-POS SNP cubre y lo que usted paga de su propio bolsillo por cada uno de ellos. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos sólo cuando se cumple con los requisitos de cobertura siguientes:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Salvo por los servicios preventivos y las pruebas de detección, los servicios *deben* ser médicamente necesarios (se incluye atención médica, servicios, suministros y equipos). Médicamente necesario significa que los servicios se utilizan para el diagnóstico, la atención directa y el tratamiento de su afección médica y no se proporcionan principalmente para su conveniencia o la de su médico.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *sólo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por

adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados con una nota al pie en la Tabla de beneficios médicos.

- Nuestro plan cubre todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare, sin costo para usted.

Debido a que usted recibe los servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan, describimos los beneficios a continuación como cubiertos por Medicare, cubiertos por Medicaid o de cobertura doble. Cobertura doble significa que tanto Original Medicare como el servicio de pago por servicio de Medicaid cubren el beneficio. Si tiene una queja o una apelación acerca de un beneficio de cobertura doble, tiene los derechos de apelación de Medicaid y Medicare. Para obtener más información, consulte el capítulo 9.

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes hospitalizados	
Atención para pacientes internados en un hospital	
<p>Los servicios para pacientes internados están cubiertos los 365 días del año (366 días en un año bisiesto). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • 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 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa para la atención de pacientes internados en un hospital que no es de emergencia.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.• Servicios médicos.	

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none"> 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). 	<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$0</p> <p>Se requiere autorización previa para la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados en situaciones que no son de emergencia. Llame a ValueOptions al 1-866-318-7595.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(En el capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”. que suele denominarse “SNF” por sus siglas en inglés).</p> <p>La atención en un centro de atención de enfermería especializada está cubierta por hasta 365 días al año (366 en un año bisiesto). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). Comidas, incluidas dietas especiales. Servicios de enfermería permanentes. Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). Sangre: se incluye almacenamiento y administración. Cobertura de sangre total, concentrado de glóbulos rojos y otros componentes desde la primera pinta de sangre utilizada. Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. 	<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$0.</p> <p>La atención a largo plazo (cuidado residencial o asistencial) en un centro de atención de enfermería especializada debe brindarla un proveedor de la red.</p> <p>La atención de rehabilitación a corto plazo en un centro de enfermería especializada puede brindarse dentro o fuera de la red.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios médicos. 	
<p>Servicios para pacientes hospitalizados cubiertos cuando los días de estadía en el hospital o SNF no están cubiertos, o dejan de estarlo</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Pruebas (como radiografías o análisis de laboratorio). • Tratamiento con rayos X, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos, entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • 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. • 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. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. 	<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Atención brindada por agencias de atención médica a domicilio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo. 	<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. • Servicios de salud a domicilio cubiertos por Medicaid, incluida la prestación de servicios de cuidados especializados y/o de un auxiliar de atención de la salud en el hogar requeridos por un plan de atención aprobado. Por ejemplo, fisioterapeutas para supervisar el programa de mantenimiento para miembros que hayan alcanzado su potencial máximo de restauración o enfermeras para precargar las jeringas para las personas discapacitadas con diabetes 	<p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Original Medicare (y no nuestro plan) le pagarán al proveedor del hospicio por los servicios que le brinden. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Usted seguirá siendo miembro del plan y continuará recibiendo la atención restante que no se relacione con su enfermedad terminal a través de nuestro plan. Sin embargo, Original Medicare pagará por todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Su proveedor facturará a Original Medicare mientras su elección de hospicio esté vigente.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor, atención de alivio de corto plazo para el cuidador y otros servicios que no cubra Original Medicare. • Atención en el hogar. 	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificados por Medicare, los servicios del hospicio y sus servicios de Original Medicare los paga Original Medicare, no GuildNet Gold HMO-POS SNP.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios para pacientes externos</p>	
<p>Servicios médicos, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Las consultas médicas, incluida la atención médica y quirúrgica en el consultorio del médico. Servicios médicos o quirúrgicos suministrados en un centro quirúrgico ambulatorio certificado o en un entorno hospitalario para pacientes externos. Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio si el médico así lo indica para determinar si usted 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 la cirugía. Servicios hospitalarios para pacientes externos. 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). 	<p>doble.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere la autorización previa después de las primeras 8 consultas. Llame a Palladian Muscular Skeletal Health al 1-866-284-2901.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. • Cuidado de los pies médicamente necesario. 	<p>Copago de \$0.</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Atención psiquiátrica para pacientes externos</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>Copago de \$0.</p> <p>La atención psiquiátrica para pacientes externos dentro y fuera de la red está cubierta.</p> <p>Una autorremisión por año.</p> <p>Se requiere la autorización previa después de las primeras 5 consultas.</p> <p>Llame a ValueOptions al 1-866-318-7595.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo 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>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
	<p>Una autorremisión por año.</p> <p>Se requiere la autorización previa después de las primeras 5 consultas. Llame a ValueOptions al 1-866-318-7595.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en instalaciones hospitalarias y centros quirúrgicos ambulatorios</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Se puede requerir autorización previa.</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención sólo 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). 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. • El transporte en ambulancia si no se trata de una emergencia es adecuado si se documenta que la afección del miembro es tal que se contraindica cualquier otro medio de transporte (ya que podría poner en peligro la salud de la persona) y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia en situaciones que no son de emergencia, que se deben proporcionar dentro de la red.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cobertura mundial.</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>Atención de urgencia</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>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje y del habla, tratamiento de rehabilitación cardíaca, servicios intensivos de rehabilitación cardíaca, servicios de rehabilitación pulmonar y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés).</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa para el tratamiento de rehabilitación cardíaca y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). Se requiere autorización previa después de veinte (20) consultas de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipos médicos duraderos y artículos afines</p> <p>(En el capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “equipos médicos duraderos”).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: sillas de ruedas, muletas, camas de hospital, bomba de infusión intravenosa, equipo para oxígeno, nebulizador, andador, taburete para baño y barras de apoyo.</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa para artículos de más de \$500 y para los que requieran un certificado de necesidad médica.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Dispositivos protésicos y artículos afines</p> <p>Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo. Entre ellos se incluyen, a modo de ejemplo: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de las colostomías, marcapasos, dispositivos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso sostén quirúrgico 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: Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa para artículos de más de \$500 y para los que requieran un certificado de necesidad médica.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Autocontrol, capacitación y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sean o no insulino dependientes). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para personas diabéticas que padecen 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 	<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>de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La capacitación para lograr un control autónomo de la enfermedad está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos. <p>Para personas que corren riesgo de contraer diabetes: Pruebas de glucosa en plasma, en ayunas. Usted cuenta con cobertura por hasta dos pruebas por año si su médico lo requiere.</p>	
<p>Tratamiento nutricional médica</p> <p>Para personas con diabetes o enfermedades renales (del riñón) que no está bajo tratamiento de diálisis, y para pacientes que han recibido un trasplante, si han sido referidos por el médico que los atiende.</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$0. Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Servicios educativos sobre la enfermedad renal</p> <p>Educación para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicio educativo sobre la enfermedad renal de por vida.</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$0. Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Radioterapia. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes. • Suministros; por ejemplo, entablillados y yesos. • Análisis de laboratorio. • Sangre. La cobertura de sangre, almacenamiento y administración 	<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$0. Se requiere autorización previa para imagen por resonancia magnética (IRM), angiografía por resonancia magnética (ARM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>comienza con la primera pinta de sangre que necesite.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos. 	<p>positrones (TEP) y estudios de imagen de medicina nuclear. Su médico debe llamar a CareCore al 1-800-835-7064 para obtener autorización. Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos de atención de la vista para pacientes externos. • 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: prueba de detección de glaucoma una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Lentes o monturas correctivas (y reemplazos) que deben usarse después de la extracción de cataratas en la que no se implanta un lente. • Un par de anteojos o lentes de contacto por año. Los anteojos y lentes son de una colección limitada de Davis Vision. • Dispositivos para la baja visión. • Un examen de rutina de la vista por año. • Hasta \$150 por un segundo par de anteojos por año. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se puede requerir autorización previa en algunos casos, como atención de rutina de la vista.</p> <p>Llame a Davis Vision al 1-800-999-5431.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Servicios educativos sobre la enfermedad renal</p> <p>Educación para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicio educativo sobre la enfermedad renal de por vida.</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
Pruebas de detección y atención preventiva	
<p>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan sólo 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 “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 2 años o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Detección colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. • Análisis de sangre oculta en la materia fecal cada 12 meses. <p>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años, pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Inmunizaciones</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales una vez por año en el otoño o el invierno. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si está en riesgo. <p>También brindamos cobertura para algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos con receta para pacientes externos.</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Mamografías</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen inicial entre los 35 y 39 años. • Un examen cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Prueba de Papanicolaou, exámenes pélvicos y exámenes clínicos de mamas</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres, están cubiertas las pruebas de Papanicolaou, los exámenes pélvicos y los exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> 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 Papanicolaou cada 12 meses. 	
<p>Exámenes para detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tacto rectal. Análisis del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) 	<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$0. Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Análisis para detectar la enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para la detección de la enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedad cardiovascular). Usted tiene cobertura para un análisis de sangre por año.</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$0. Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Exámenes físicos preventivos</p> <p>Los exámenes físicos incluyen la medición de la estatura, el peso, la masa corporal, la presión arterial, prueba de agudeza visual y otras mediciones de rutina; un electrocardiograma así como información, asesoramiento y derivación con respecto a los servicios de atención preventiva y pruebas de detección. No se incluyen análisis de laboratorio.</p>	<p>Dentro y fuera de la red: Copago de \$0. Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Servicios personalizados del plan de prevención (consulta anual de bienestar)</p> <p>Está disponible para los miembros los 12 meses que tienen la Parte B de</p>	<p>Dentro y fuera de la red:</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicare o 12 después de que el miembro se realiza un examen físico preventivo inicial único (examen físico “Bienvenido a Medicare”).</p>	<p>Copago de \$0. Beneficio de cobertura doble.</p>
Otros servicios	
<p>Diálisis (renal)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 en el hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su 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 y especializados en diálisis para verificar cómo va con el autodiálisis en su casa, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). 	
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente mismo y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos. • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A 	

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>de Medicare cuando se le trasplantó el órgano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>El capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el capítulo 6.</p>	
<p>Beneficios adicionales</p>	
<p>Servicios odontológicos Servicios dentales 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 de cirugía ambulatoria o para pacientes internados (cuando está cubierto por Medicare).</p>	<p>Únicamente dentro de la red: Copago de \$0. Se requiere autorización previa. Beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios auditivos</p>	

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos de diagnóstico. • Servicios y productos auditivos médicamente necesarios para aliviar la pérdida o deterioro de la audición. Esto incluye la selección, adaptación y entrega de audífonos, las evaluaciones de ajuste, y las recetas médicas de audífonos, y productos de ayuda para la audición, incluidos audífonos, baterías para audífonos, moldes auriculares, accesorios especiales y piezas de repuesto. 	<p>Dentro y fuera de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Educación y asesoramiento de profesionales de salud.</p> <p>Este plan cubre los siguientes beneficios de programas educativos sobre salud y bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiales educativos impresos sobre la salud, que incluyen boletines informativos. • Formación nutricional. • Línea directa de enfermería. • Programa para dejar de fumar (incluye dos tentativas de orientación dentro de un período de 12 meses si se le diagnostica una enfermedad relacionada con el hábito de fumar o si toma medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona). 	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Beneficio de cobertura doble.</p>
<p>Servicios de atención personal</p> <p>Asistencia médicamente necesaria con actividades como la higiene personal, vestirse y alimentarse; y para tareas funcionales de apoyo nutricional y ambiental.</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Los suministros médicos o quirúrgicos no están cubiertos por Medicare</p> <p>Los artículos de uso médico, que no sean medicamentos, dispositivos</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
<p>protésicos u ortésicos, equipos médicos durables o calzado ortopédico para tratar una enfermedad específica y que son generalmente consumibles, no reutilizable, desechable, para un fin específico y generalmente no tiene valor recuperable. Incluye guantes, protectores absorbentes, fórmulas y suplementos enterales y parenterales y baterías para audífonos.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicio de enfermería privada</p> <p>Servicios de enfermería privada brindados por una persona con licencia y registro vigente del Departamento de Educación del Estado de Nueva York para ejercer como enfermera profesional certificada o una enfermera práctica con licencia. Los servicios de enfermería privada pueden brindarse a través de una agencia de atención médica en el hogar certificada, una agencia de atención en el hogar con licencia o un médico privado. El lugar para los servicios de enfermería 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 autorización previa.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Transporte (rutina)</p> <p>Transporte que necesita para obtener la atención médica necesaria y los servicios cubiertos por el plan o por el servicio de pago por servicio de Medicaid. Incluye ambulette/camioneta para discapacitados, taxi, servicio de alquiler de vehículos, transporte público y otros medios apropiados para su afección médica y un asistente de transporte para acompañarlo, de ser necesario.</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios médicos y sociales</p> <p>Evaluación, coordinación y prestación de ayuda para problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un paciente en el hogar.</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
	Beneficio cubierto por Medicaid.
<p>Apoyo social y ambiental</p> <p>Servicios y artículos para dar apoyo a la necesidad médica del miembro. Puede incluir tareas de mantenimiento del hogar, servicios de empleada/tareas domésticas, mejora de la vivienda y cuidados paliativos.</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Entrega de comidas a domicilio o comidas en lugares de congregación</p> <p>Comidas entregadas en el hogar o servidas en un lugar de congregación (por ejemplo, un centro para personas de edad avanzada) a personas que no pueden prepararse las comidas o hacer que se las preparen.</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Atención médica diurna para adultos</p> <p>Incluye servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de ocio, odontológicos y otros servicios auxiliares. Servicios prestados en un SNF aprobado o centro de extensión aprobado.</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Atención diurna social</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p>

Servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar cuando obtiene estos servicios
Programa integral y estructurado que ofrece socialización, supervisión, control, atención personal y nutrición en un ambiente protegido.	<p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS, por sus siglas en inglés)</p> <p>Dispositivo electrónico que permite que personas obtengan ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental.</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid.</p>
<p>Nutrición</p> <p>Evaluación del estado nutricional/las necesidades, desarrollo y evaluación de planes de tratamiento, educación sobre la alimentación, incluidos aspectos culturales.</p>	<p>Únicamente dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Beneficio cubierto por Medicaid.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué tipos de beneficios no cubre el plan?

Sección 3.1 Tipos de beneficios que *no* cubrimos (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.

La lista a continuación describe algunos servicios y productos que no cuentan con cobertura en ninguna circunstancia y otros que se excluyen sólo en determinadas condiciones específicas.

Si recibe algún beneficio que está excluido, deberá pagarlo usted mismo. No pagaremos los beneficios médicos 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 5.3 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, el servicio de pago por servicio, ni por nuestro plan:**

- 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 o el servicio de pago por servicio los cubra. No obstante, algunos servicios pueden estar cubiertos en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la sección 5 del capítulo 3.
- Tratamiento quirúrgico para obesidad morbosa, salvo cuando se considere médicamente necesario y Original Medicare o el servicio de pago por servicio lo cubra.
- Habitación privada en un hospital, salvo cuando se considere médicamente necesario.
- Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.
- Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia.
- Procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (incluida pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienvjecimiento y rendimiento mental), salvo cuando se consideren médicamente necesarios.
- Cirugía o procedimientos estéticos, a menos que se trate de una lesión accidental o para mejorar una deformidad del cuerpo. No obstante, se cubren todas las fases de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.
- Atención quiropráctica que no sea la manipulación manual de la columna de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK.

-
- Medicamentos con receta para pacientes externos que incluyen medicamentos para tratar la disfunción sexual, incluso disfunción eréctil, impotencia y anorgasmia o hiporgasmia.
 - 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, si hubiera alguno.
 - Todo servicio mencionado anteriormente que no esté cubierto seguirá sin cubrirse incluso si se recibe en un centro de emergencias.

Sección 3.2	Tipos de beneficios cubiertos por el servicio de pago por servicios de Medicaid
--------------------	--

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.

1. Ciertos medicamentos, artículos de farmacia y vitaminas:

El servicio 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.

En determinadas condiciones, el servicio de pago por servicio de Medicaid paga los antipsicóticos atípicos, antidepresivos, antirretrovirales utilizados en el tratamiento de VIH/SIDA y medicamentos contra el rechazo utilizados en el tratamiento de transplantes de tejido y de órgano. Estos medicamentos, que generalmente están cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan, los paga el programa de pago por servicio de Medicaid cuando usted no necesita cumplir los requisitos de administración del uso para estos medicamentos o cuando existen límites en la cantidad de estos medicamentos que exceden la cantidad que su médico le recetó.

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.
- Manejo 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 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 de la Oficina para la Salud Mental.
- Tratamiento basado en la familia.

6. Servicios de la Oficina de retraso mental y discapacidades del desarrollo (OMRDD, 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 referencia de 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 centrados 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 Gold si se inscribe en uno de estos programas. Póngase en contacto con su Administrador de casos para obtener más información.

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

SECCIÓN 1	Introducción	67
Sección 1.1	En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D.....	67
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D.....	68
SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	69
Sección 2.1	Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red.....	69
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red	69
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan	70
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	71
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan?	71
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	72
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura.....	72
Sección 3.2	Hay cuatro “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos	73
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	73
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	74
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	74
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	74
Sección 4.3	¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?	75

SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera?	76
Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo esté	76
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?	77
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?	79
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	79
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año	79
Sección 6.2	¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que está tomando?	80
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	81
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	81
SECCIÓN 8	Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta	83
Sección 8.1	Muestre la tarjeta de miembro	83
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene consigo la tarjeta de miembro?	83
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	83
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?	83
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo?	84
Sección 9.3	¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?	84
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad de los fármacos y el manejo de los medicamentos	85
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura	85

Sección 10.2 Programas para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos	86
--	----



¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la sección 7 del capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Debido a que usted tiene Medicare y Medicaid, automáticamente recibe la Ayuda adicional. Hemos incluido 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 inserto, llame al Servicio al cliente y pida que se la envíen. En la portada encontrará los números de teléfono del Servicio al cliente.

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Además de la cobertura para los medicamentos de la Parte D, GuildNet Gold HMO-POS SNP también cubre algunos medicamentos en virtud de los beneficios médicos del plan:

- El plan cubre los medicamentos que le dan durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. En el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*) se detallan los

beneficios y costos de los medicamentos durante las estadías cubiertas en el hospital o centro de atención de enfermería especializada.

- La Parte B de Medicare también brinda beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. En el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*) se detallan los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Los dos ejemplos de medicamentos que se describieron anteriormente están cubiertos por los beneficios médicos del plan. El resto de sus medicamentos con receta está cubierto por los beneficios de la Parte D del plan. **En este capítulo se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** El próximo capítulo describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (capítulo 6 titulado *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

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

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

- Debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la sección 3, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la sección 4, *Sus medicamentos deben estar en la lista de medicamentos del plan*).
- Su medicamento debe considerarse “medicamento necesario”, lo que significa que debe ser razonable y necesario para el tratamiento de la lesión o enfermedad. También debe ser un tratamiento aceptado para su afección médica.

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

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

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *sólo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Consulte la sección 3.5 para obtener más información sobre cuándo cubriríamos las recetas surtidas 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 el plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red
--

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.jgb.org/guildnet) o llamar al Servicio al cliente (en la portada 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 médico que le extienda una nueva receta o que se transfiera su receta a la nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia dentro de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Servicio al cliente (en la portada encontrará los números de teléfono) o buscar en el *Directorio de farmacias*.

¿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 sólo 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 al cliente.
- 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, sólo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen determinados medicamentos y que están limitados por la FDA a ciertos lugares, que requieren un manejo extraordinario, 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 al cliente.

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio 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 de “mantenimiento”** en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos que *no* están disponibles a través de nuestro servicio de pedidos por correo están marcados con un asterisco en nuestra Lista de medicamentos.

Para utilizar el servicio de pedido por correo del plan debe solicitar **un suministro del medicamento para *al menos 30 días y para no más de 90 días***.

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

- Descargar el formulario del sitio web de Medco www.medco.com.
- Ponerse en contacto con el Servicio al cliente de Medco al 1-800-820-9726. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-759-1089
- Pídale a su médico que llame al 1-888-327-9791

Si acude a una farmacia de pedidos por correo que no pertenece a la red del plan, su medicamento con receta no estará cubierto.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo. Para asegurarse de tener siempre un suministro de medicamentos, puede pedirle a su médico que le de una receta para un mes que se puede obtener en una farmacia minorista de inmediato y una segunda receta por hasta 90 días que puede enviar con su formulario de pedido por correo de Medco.

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

Cuando obtiene un suministro a largo plazo de medicamentos, el costo compartido puede ser menor. El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas pueden llegar a aceptar un costo compartido menor para los suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Otras tal vez no acepten costos compartidos menores para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el *Directorio de farmacias* se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar al Servicio al cliente.
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el **servicio de pedido por correo** de la red del plan. Estos medicamentos están indicados para mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. Para utilizar el servicio de pedido por correo del plan debe solicitar un suministro del medicamento para *al menos* 30 días y *para no más* de 90 días. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la sección 3.3.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

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

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan las 24 horas dentro de una distancia razonable en auto.

-
- Si intenta obtener un medicamento con receta que no se encuentra regularmente en existencia en farmacias accesibles de la red o que brinden servicio de pedido por correo (incluidos los medicamentos únicos más costosos).
 - Si se le administra una vacuna que es medicamento 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 al cliente** 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 pagar la parte del costo que habitualmente le corresponde). Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la sección 2.1 del capítulo 7 se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura

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

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista, 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 medicamento sea medicamento necesario, es decir, razonable y necesario para el tratamiento de su lesión o enfermedad. También debe ser un tratamiento aceptado para su afección médica.

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. Funciona tan bien como el medicamento de marca, pero cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para más información sobre esto, consulte la sección 8.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista un medicamento en particular.

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

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

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos
- Nivel 2: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 3: medicamentos genéricos y medicamentos de marca 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 tres formas de averiguarlo:

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

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual le ayuda a mantener la cobertura de los mismos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro. 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 médico u otro proveedor a usar esa opción más barata. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y la distribución de costos de los medicamentos.

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.

Medicamentos de mantenimiento

Si su médico le receta medicamentos de mantenimiento por primera vez, se le pedirá que le recete una cantidad de medicamentos para 30 días para asegurarse de que tolera el medicamento. Luego de los 30 días, su médico puede solicitar un suministro para 90 días.

El uso de medicamentos genéricos siempre que sea posible

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico. **Cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red deben darle el medicamento genérico.** Sin embargo, si el médico nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico, 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).

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico. **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 su médico ha escrito “sin sustitución” en su receta para un medicamento de marca, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

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

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos más seguros o eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina “**tratamiento escalonado**”.

Límites de cantidades

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 cada vez que resurta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar sólo 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 al cliente (los números de teléfono están en la portada) o visite nuestro sitio web (www.jgb.org/guildnet).

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

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

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

- **¿Qué sucede si el medicamento que quiere tomar no está cubierto por el plan?** Por ejemplo, el medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- **¿Qué sucede si el medicamento está cubierto, pero se aplican otras normas o restricciones respecto de la cobertura de ese medicamento?** Tal como se explicó en la sección 5, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, podría requerírsele que probara un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de que el medicamento que quiere tomar sea cubierto para usted. También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado.
- **¿Qué sucede si se cubre el medicamento, pero se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser?** El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los cuatro diferentes niveles de costos compartidos. El monto que pague por su medicamento con receta depende en parte del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo 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 6.2 para informarse sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la sección 6.3 para informarse sobre lo que puede hacer.

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

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

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (sólo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto le dará tiempo a usted y a su médico para cambiar a otro medicamento o presentar una excepción.
- 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

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

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

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- El medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la sección 5 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 **sólo 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 **sólo una vez durante los primeros 90 días de su membresía** en el plan. 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 que son miembros nuevos y son residentes en un centro de atención a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 180 días de su membresía** en el plan. El primer suministro será para un suministro máximo de 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. Si es necesario, cubriremos resurtidos adicionales durante sus primeros 180 días en el plan.

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

Cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. Esto es en adición al suministro de transición para la atención a largo plazo mencionado anteriormente.

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

Para pedir un suministro temporal, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están en la portada).

Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien usted y su médico pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que le gustaría que sea cubierto. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Usted puede cambiar a otro medicamento

Comience consultando con su médico. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio al cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede presentar una excepción

Usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento como desearía que sea cubierto. Si su médico u otra persona autorizada para dar recetas dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su médico o esa persona 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 médico u otra persona autorizada a dar recetas desean pedir una excepción, la sección 6.2 del capítulo 9 dice qué hacer. Explica los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, éstas son cosas que puede hacer:

Usted puede cambiar a otro medicamento

Comience consultando con su médico u otra persona autorizada a dar recetas. 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 al cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede presentar una excepción

Usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su médico u otra persona autorizada para dar recetas dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su médico o esa persona puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas desean pedir una excepción, la sección 6.2 del capítulo 9 dice qué hacer. Explica los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada con prontitud e imparcialidad.

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

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

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Nuevos medicamentos, 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 5 de este capítulo).
 - **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

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

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

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

De vez en cuando, algún medicamento debe **retirarse del mercado repentinamente** porque se 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 médico también tendrá conocimiento de este cambio, y puede 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 o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente.

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

- Si un **medicamento de marca que está tomando es sustituido por un nuevo medicamento genérico**, el plan debe darle por lo menos 60 días de aviso o suministrarle un resurtido de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
 - Durante este período de 60 días, usted debe trabajar con su médico para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
 - O usted y su médico, u otra persona autorizada a dar recetas, 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*).
- 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 médico también tendrá conocimiento de este cambio, y puede colaborar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección (a menos que nuestro plan cubra ciertos medicamentos excluidos). 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 6.5 del capítulo 9 de este folleto).

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).

- En general, la cobertura del “uso para una indicación no autorizada” sólo 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, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos con receta de Medicare a menos que ofrezcamos una mayor cobertura para medicamentos, para lo cual se le puede cobrar una prima adicional:

- 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.

Si usted recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la sección 6 del capítulo 2).

El servicio 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. En determinadas condiciones, el servicio de pago por servicio de Medicaid paga los antipsicóticos atípicos, antidepresivos, antirretrovirales utilizados en el tratamiento de VIH/SIDA y

medicamentos contra el rechazo utilizados en el tratamiento de trasplantes de tejido y de órgano. Estos medicamentos, que generalmente están cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan, los paga el programa de pago por servicio de Medicaid cuando usted no necesita cumplir los requisitos de administración del uso para estos medicamentos o cuando existen límites en la cantidad de estos medicamentos que exceden la cantidad que su médico le recetó.

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

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

Para obtener su receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red 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 receta.

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

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

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

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

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

Si es ingresado 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 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.

Tenga en cuenta que cuando usted entra, reside o sale de un centro de enfermería especializada, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período de tiempo, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura en cualquier momento. (En el capítulo 10, *Cancelación de la membresía en el plan*, se explica cómo puede dejar de participar en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando ésta 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, póngase en contacto con el Servicio al cliente.

¿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 180 días de su membresía. El primer suministro será para un suministro máximo de 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. Si es necesario, cubriremos resurtidos adicionales durante sus primeros 180 días en el plan.

Si usted ha sido miembro del plan por más de 180 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, o menos, si su receta está indicada para menos días.

En el momento en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico u otra persona autorizada para recetar para decidir qué hacer cuando el suministro temporal 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 médico 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 médico desean solicitar una excepción, la sección 6.2 del capítulo 9 le dice qué hacer.

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

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? 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.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso antes del 15 de noviembre 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 incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable porque 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

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de 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 surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

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

- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.

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

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

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros miembros en situaciones especiales. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias afecciones médicas complejas o deben tomar muchos medicamentos al mismo tiempo, o 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, notifíquenoslo y retiraremos su participación en el programa.

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

SECCIÓN 1	Introducción	90
Sección 1.1	Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura para medicamentos.	90
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.	91
Sección 2.1	¿Cuáles son las tres etapas de pago de los medicamentos?	91
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....	92
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de los beneficios”	92
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos	92
Sección 4.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene	94
Sección 4.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro para un mes (30 días) de un medicamento	94
Sección 4.3	Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a largo plazo (31 días)	95
Sección 4.4	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de los medicamentos durante el año lleguen a \$2,840	96
SECCIÓN 5	Durante la Etapa del período sin cobertura, usted paga copagos por sus medicamentos	97
Sección 5.1	Usted permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a \$4,550	97
Sección 5.2	¿Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo en medicamentos con receta?	98
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos.....	100

Sección 6.1	Una vez que se encuentra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esa etapa durante el resto del año calendario.....	100
SECCIÓN 7	Lo que usted paga por las vacunas depende de cómo y dónde las obtiene.....	100
Sección 7.1	Nuestro plan tiene cobertura separada para el medicamento de las vacunas en sí y para el costo de la administración de la vacuna	100
Sección 7.2	Usted puede llamar al Servicio al cliente antes de recibir una vacuna	102
SECCIÓN 8	¿Tiene usted que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?	102
Sección 8.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?	102
Sección 8.2	¿Cuánto es el monto de la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?.....	103
Sección 8.3	En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa.....	104



¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la sección 7 del capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Debido a que usted tiene Medicare y Medicaid, recibe automáticamente ayuda adicional. Hemos incluido 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 inserto, llame al Servicio al cliente y pida que se la envíen. En la portada encontrará los números de teléfono del Servicio al cliente.

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el capítulo 5, algunos medicamentos están cubiertos bajo Original Medicare o están excluidos por ley.

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber lo básico sobre cuáles medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. Éstos 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 cuatro “niveles de costo compartido” se incluye el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Servicio al cliente (los números de teléfono están en la portada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.jgb.org/guildnet. La Lista de medicamentos de la página web es siempre la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** El capítulo 5 proporciona los detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta, incluidas las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de proveedores/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/farmacias* encontrará una lista de las farmacias de la red del plan. También se explica cómo puede utilizar el servicio de pedido por correo del plan para obtener determinados tipos de medicamentos. También explica cómo puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener un medicamento con receta para un suministro de tres meses).

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las tres etapas de pago de los medicamentos?

Tal como se muestra en la tabla a continuación, existen tres “etapas de pago de los medicamentos” para su cobertura para medicamentos con receta. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que surta o resurta una receta. Tenga presente que el pago de la prima mensual del plan es siempre su responsabilidad independientemente de la etapa de pago del medicamento.

<p>Etapa 1 <i>Etapa de cobertura inicial</i></p>	<p>Etapa 2 <i>Etapa del período sin cobertura</i></p>	<p>Etapa 3 <i>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</i></p>
<p>El plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que sus pagos en el año más los pagos del plan totalicen \$2,840.</p> <p>(Puede ver los detalles en la sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Usted permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos que pague de su bolsillo” totalice \$4,550. Este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma han sido establecidos por Medicare.</p> <p>(Puede ver los detalles en la sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Una vez que haya pagado lo suficiente por sus medicamentos para llegar a esta última etapa de pago, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año.</p> <p>(Puede ver los detalles en la sección 6 de este capítulo).</p>

Como se muestra en este resumen de las tres etapas de pago, el paso a la siguiente etapa de pago depende de la cantidad que **usted o el plan gasten** en los medicamentos mientras está en cada etapa.

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de los beneficios”
--

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

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina costo **“que paga de su bolsillo”**.
- Llevamos un registro de sus **“costos totales de medicamentos”**. Ésta 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. Ésta incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos 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 al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos
--

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por 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 que se están surtiendo y lo que

está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.

- **Asegúrese de que tenemos 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 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 que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la sección 2 del capítulo 7 de este folleto). Éstos son algunos de los tipos de situaciones en las que pueda 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 estatal de asistencia farmacéutica, 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*, léala para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que al informe le falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos al Servicio al cliente (los números de teléfono están en la portada de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Ellos constituyen un registro importante sobre sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.

Sección 4.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene
--------------------	---

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

El plan tiene cuatro niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cuatro niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el 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 genéricos y medicamentos de marca 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 minorista que no es de la red de nuestro plan
- Una farmacia de pedidos por correo del plan.

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

Sección 4.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro para un mes (30 días) de un medicamento
--------------------	---

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.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para un mes (30 días) o menos de un medicamento con receta cubierto de la Parte D de:

	Una farmacia de la red	El servicio de pedido por correo del plan	Farmacia de la red para atención a largo plazo	Farmacia fuera de la red (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles)
Nivel de costos compartidos 1 (genérico preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel de costos compartidos 2 (marca preferida)	Copago de (cualquiera de los 3)	Copago de (cualquiera de los 3)	Copago de (cualquiera de los 3)	Copago de (cualquiera de los 3)
Nivel de costos compartidos 3 (no preferido)	\$0 \$3.30 \$6.30	\$0 \$3.30 \$6.30	\$0 \$3.30 \$6.30	\$0 \$3.30 \$6.30
Nivel de costos compartidos 4 (especializado)				

Sección 4.3 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a largo plazo (31 días)

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento con receta. Puede ser un suministro de hasta 31 días. (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 un suministro a largo plazo de 31 días de un medicamento.

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo para 31 días de un medicamento con receta cubierto de la Parte D de:

	Una farmacia de la red	El servicio de pedido por correo del plan
Nivel de costos compartidos 1 (genérico preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel de costos compartidos 2 (marca preferida)	Copago de (cualquiera de los 3) \$0	Copago de (cualquiera de los 3) \$0 \$3.30
Nivel de costos compartidos 3 (no preferido)	\$3.30 \$6.30	\$6.30
Nivel de costos compartidos 4 (especializado)		

Sección 4.4 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de los medicamentos durante el año lleguen a \$2,840

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 \$2,840 para la Etapa de cobertura inicial**.

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

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Ver la sección 6.2 para más información acerca de cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo). Esto incluye:
 - El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo por sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial.

La *Explicación de los beneficios* 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 \$2,840.

Le haremos saber cuando llegue al monto de \$2,840. Si llega a esta cantidad, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa del período sin cobertura, usted paga copagos por sus medicamentos

Sección 5.1	Usted permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a \$4,550
--------------------	--

Debido a que usted tiene Ayuda adicional, Medicare lo ayuda a pagar sus medicamentos. Sus copagos del Nivel 1 (genéricos preferidos) cambian durante esta etapa.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para 30 días (o menos) de un medicamento con receta cubierto de la Parte D de:

	Una farmacia de la red	El servicio de pedido por correo del plan	Farmacia de la red para atención a largo plazo	Farmacia fuera de la red (la cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles)
Nivel de costos compartidos 1 (genérico preferido)	Copago de (cualquiera de los 3)	Copago de (cualquiera de los 3)	Copago de (cualquiera de los 3)	Copago de (cualquiera de los 3)
	\$0	\$0	\$0	\$0
	\$1.10	\$1.10	\$1.10	\$1.10
	\$2.50	\$2.50	\$2.50	\$2.50

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 \$4,550 de lo que paga de su bolsillo, usted sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Sección 5.2 ¿Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo en medicamentos con receta?

Éstas 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.
 - La Etapa del período sin cobertura.
- Cualquier pago que efectúe durante este año calendario en otro plan de medicamentos con receta de Medicare 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, el Servicio de salud para la población india estadounidense o por un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare. También se incluyen los pagos que realiza el programa de ayuda adicional de Medicare y el programa de descuentos para el período sin cobertura 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 \$4,550 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura 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.
- 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 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 al cliente para informarnos (los números de teléfono están en la portada de este folleto).

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

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de los beneficios* que le enviamos incluye la cantidad actual de los costos que paga de su bolsillo (la sección 3 habla de este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de \$4,550 en el año, este informe le dirá que ha pasado de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La sección 3 anterior le dice lo que puede hacer para ayudar a asegurarse de que nuestros registros sobre lo que ha gastado están completos y actualizados.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Sección 6.1	Una vez que se encuentra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esa etapa durante el resto del año calendario.
--------------------	---

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 \$4,550 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 7.1	Nuestro plan tiene cobertura separada para el medicamento de las vacunas en sí y para el costo de la administración de la vacuna
--------------------	---

Nuestro plan ofrece cobertura de una serie de vacunas. Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas:

- 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 vacunación?

Lo que usted paga por una vacunación 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 consultando el capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan*.

2. Dónde obtiene la medicación de la vacuna.

3. Quién le administra la vacuna.

Lo que paga al momento en que se le administra la vacuna puede variar dependiendo de 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 ésta, tendrá que pagar sólo su parte del costo.

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

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

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

Situación 2: La vacuna se le administrará 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 pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por 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 en la farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se le administrará.

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administra la vacuna, usted debe pagar el costo total por este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le

pague la parte que nos corresponde del costo usando los procedimientos descritos en el capítulo 7 de este folleto.

- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por administrarle la vacuna.

Sección 7.2	Usted puede llamar al Servicio al cliente antes de recibir una vacuna
--------------------	--

Las normas para la cobertura de las vacunaciones son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero al Servicio al cliente cuando esté planeando vacunarse (los números de teléfono están en la portada 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 conseguir el pago de nosotros por nuestra parte del costo.

SECCIÓN 8 **¿Tiene usted que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?**

Debido a que usted tiene Medicaid, usted es automáticamente elegible para recibir Ayuda adicional y no tiene una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pierde elegibilidad para Medicaid en el futuro y pasa 63 días o más sin cobertura de medicamentos con receta, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía cuando se inscriba en otro plan de la Parte D. Lea más acerca de la multa por inscripción tardía a continuación. No hay multa por inscripción tardía mientras sea miembro de GuildNet Gold.

Sección 8.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?
--------------------	---

Puede que deba pagar una multa financiera si no se inscribió en un plan que ofreciera cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cuando reunía los requisitos por primera vez para esta cobertura o hubo un período continuo de 63 días o más en que usted no mantuvo la cobertura de medicamentos con receta. El monto de la multa depende de cuánto tiempo esperó antes de inscribirse en la cobertura para medicamentos después de que se hiciera elegible, o cuántos meses después de los 63 días se mantuvo sin cobertura de medicamentos.

La multa se añade a su prima mensual. (A los miembros que deseen pagar sus primas cada tres meses se les agregará la multa a su prima trimestral.) Cuando se inscribe por primera vez en un plan, el plan le informará el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía se considera como parte de su prima del plan.

Sección 8.2	¿Cuánto es el monto de la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?
--------------------	--

Medicare determina el monto de la multa. Ésta es la manera como funciona:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura fehaciente de medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es de 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Para nuestro ejemplo, supongamos que duró 14 meses sin cobertura, entonces será un 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para el año 2010, el monto promedio de la prima fue de \$31.94 Este monto puede cambiar para el año 2011.
- Se multiplican los dos números para obtener su multa mensual y se redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo sería 14% (0.14) multiplicado por \$31.94, lo que equivale a \$4.47, que se redondea a \$4.50. Esta suma debe agregarse a la **prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía.**

Hay tres aspectos importantes a tomar en cuenta con respecto a esta multa mensual que se aplica a la prima:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determine Medicare) aumenta, la multa se incrementará.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
- En tercer lugar, si es menor de 65 años y, actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía se reajustará cuando cumpla los 65 años. Después de esta edad, la multa se basará sólo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para Medicare.

Si usted es elegible para Medicare y aún no ha cumplido 65 años, toda multa por inscripción tardía que esté pagando se eliminará cuando cumpla 65 años. Después de esta edad, la multa por inscripción tardía se basa sólo en los meses en los que no tiene cobertura después de su período de inscripción inicial de 65 años.

Sección 8.3	En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa
--------------------	--

Aunque haya retrasado su inscripción en un plan que ofrezca cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, algunas veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía.

Usted no tendrá que pagar una multa de la prima por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Usted ya tiene cobertura de medicamentos con receta que es al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. Medicare le llama a esto “**cobertura acreditable de medicamentos**”. La cobertura acreditable podría incluir la cobertura de medicamentos de su ex empleador o sindicato, TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Hable con su aseguradora o su departamento de recursos humanos para averiguar si su cobertura actual para medicamentos es por lo menos tan buena como la de Medicare.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, usted puede evitar el pago de la multa por inscripción tardía si estuvo sin ella durante menos de 63 días consecutivos.
- Si no ha recibido suficiente información para saber si su cobertura de medicamentos anterior era acreditable o no.
- Si vivió en un área afectada por el huracán Katrina en el momento en que sucedió esta catástrofe (agosto de 2005), se inscribió en un plan de medicamentos con receta de Medicare antes del 31 de diciembre de 2006 y ha permanecido en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare.

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.....	106
Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso.....	106
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibí.....	108
Sección 2.1 Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago.....	108
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	109
Sección 3.1 Verificamos si corresponde que cubramos el servicio o el medicamento, y qué cantidad debemos pagar.....	109
Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación	109
SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarlos al plan	110
Sección 4.1 En algunos casos, debería enviar sus recibos al plan para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo.....	110

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

Sección 1.1	Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso
--------------------	---

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, 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 a que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. En muchos casos, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

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 éste sea parte de nuestra red o no. Cuando recibe atención de emergencia o urgencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red, el plan cubre el servicio en su totalidad. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

- Si usted paga cualquier monto 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 ha pagado algo por el servicio, determinaremos cuánto debía y le devolveremos la parte que nos corresponde pagar del costo.

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

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

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que no debería pagar nada, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. 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.

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

4. 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.

5. 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 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.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que 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

Sección 2.1 Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago
--

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 le ayuda al plan a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.jgb.org/guildnet) o llame al Servicio al cliente y pida el formulario. En la portada de este folleto encontrará los números de teléfono del Servicio al cliente.

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 al cliente. Si usted no sabe lo que debe, 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

Sección 3.1 Verificamos si corresponde que cubramos el servicio o el medicamento, y qué cantidad debemos pagar
--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su petición y decidiremos si pagarla y cuánto debemos.

- Si decidimos que la atención médica o medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener sus servicios médicos. El capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener 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. 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.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, 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 legal 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 de cobertura 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 hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la sección 5.4 del capítulo 9.
- Si desea hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la sección 6.6 del capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarlos al plan

Sección 4.1 En algunos casos, debería enviar sus recibos al plan para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo
--

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha 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.

Aquí hay una situación en la que debe enviarnos 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** puesto que usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, éste no pagará ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir las condiciones más rápidamente para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Puesto que no está solicitando un pago en este caso descrito anteriormente, esta situación no se considera como decisiones 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

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan	113
Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés y que se utilicen en el área de servicio del plan, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)	113
Sección 1.2 Debemos tratarle con imparcialidad y respeto en todo momento.....	113
Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	114
Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal	114
Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	115
Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	117
Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado	119
Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?	119
Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos.....	120
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	120
Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?.....	120

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

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

Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio al cliente (en la portada encontrará los números de teléfono).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de traducción disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. 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 discapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y dígame que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que le protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No hacemos ningún tipo de discriminación** por cuestiones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad ni nacionalidad.

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

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Servicio al cliente (en la portada de este folleto encontrará los números de teléfono). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio al cliente 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 la red o fuera de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (el capítulo 3 brinda una explicación más amplia). Llame al Servicio al cliente para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (en la portada de este folleto encontrará los números de teléfono). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de que la deriven.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que éstos 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, el capítulo 9 de este folleto le explica lo que puede hacer.

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

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 hacerle las copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones en sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, consideraremos su solicitud y decidiremos 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 al cliente (los números de teléfono están en la portada de este folleto).

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

En su condición de miembro de 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 al cliente (en la portada 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 Medicare Advantage.
- **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 al cliente (en la portada de este folleto encontrará los números de teléfono) o visitar nuestro sitio web en www.jgb.org/guildnet.
- **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*, 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 al cliente (los números de teléfono están en la portada de este folleto).
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D 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. 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 solicitarle al plan una decisión

sobre su cobertura y cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El capítulo 9 también dice cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos.)

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

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

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 ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son 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.
- **Ser informado acerca de los riesgos.** Usted tiene a 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.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene 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 de 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 esta situación. 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 tener instrucciones anticipadas, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de suministros de oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede obtener el poder de representación para la atención médica en el sitio web http://www.health.state.ny.us/professionals/patients/health_care_proxy/intro.htm o comunicarse con el Servicio al cliente en GuildNet Gold y nosotros le enviaremos uno.
- **Complételo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar hacer que un abogado le 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 discriminarle 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 tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura, o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, 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 al cliente (en la portada 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 le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios 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:

- Usted puede **llamar al Servicio al cliente** (los números de teléfono están en la portada de este folleto).
- 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.

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

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

- Usted puede **llamar al Servicio al cliente** (los números de teléfono están en la portada de este folleto).
- 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 (<http://www.medicare.gov>) para leer o descargar la publicación “Your Medicare Rights & Protections” (Sus derechos y protecciones de Medicare).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** *En esta Evidencia de cobertura aprenderá 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 al cliente para informarnos esta situación.*
 - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare 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. Le ayudaremos con esto.

- **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 le 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 planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - 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, 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 mantener su elegibilidad para las Partes A y B de Medicare y para Medicaid. Por ello, algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A y la Parte B de Medicare para poder seguir siendo miembros del plan.
 - Para algunos de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento. Esto será un copago. El capítulo 6 se centra en 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.
 - El monto que la Administración de Recursos Humanos (HRA, por sus siglas en inglés) determine que debe a GuildNet Gold como spenddown (responsabilidad económica del paciente)/excedente o Ingreso Neto Mensual Disponible (NAMI, por sus siglas en inglés).
 - **Díganos si cambia de domicilio.** *Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Servicio al cliente (en la portada de este folleto encontrará los números de teléfono).*
 - **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 ayudarle a informarse si está saliendo de nuestra área de servicio. Si se irá de nuestra área de servicio, podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
 - **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 al cliente 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 al cliente están en la portada de este folleto.

- Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el capítulo 2.

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

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1	Introducción	128
Sección 1.1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	128
Sección 1.2	Acerca de los términos legales.....	128
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros	129
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	129
SECCIÓN 3	Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?	130
Sección 3.1	¿Debería usted usar el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones? ¿O debe utilizar el procedimiento para presentar una queja?	130
SECCIÓN 4	Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	131
Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general	131
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación	134
Sección 4.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen los detalles sobre su situación?	135
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	136
Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica.....	137
Sección 5.2	Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea).....	138

Sección 5.3	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)	142
Sección 5.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2	145
Sección 5.5	¿Qué pasa si le está pidiendo a nuestro plan que le pague nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?	147
SECCIÓN 6 Cómo pedirnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto		148
Sección 6.1	Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que expone sus derechos	149
Sección 6.2	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital	150
Sección 6.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital	154
Sección 6.4	¿Qué pasa si se vence el plazo para presentar su apelación de nivel 1?	155
SECCIÓN 7 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto según las normas de Medicare		158
Sección 7.1	<i>Esta sección trata <u>sólo</u> acerca 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)	158
Sección 7.2	Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura	159
Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo	160
Sección 7.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo	163
Sección 7.5	¿Qué pasa si se vence el plazo para presentar su apelación de nivel 1?	164
SECCIÓN 8 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación según las normas de Medicaid		168

Sección 8.1	Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de servicios	168
Sección 8.2	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o proporcione los servicios que desea).....	170
Sección 8.3	Otras decisiones sobre sus servicios de Medicaid	174
Sección 8.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación según las normas de Medicaid (cómo solicitar una revisión de la decisión que nuestro plan tomó sobre los servicios).....	174
Sección 8.5	Paso a paso: cómo solicitar una audiencia imparcial.....	177
Sección 8.6	Paso a paso: cómo solicitar una apelación externa ante el estado de Nueva York.....	179
Sección 8.7	¿Qué sucede si le está pidiendo a nuestro plan que le pague nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?	181
SECCIÓN 9 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación....		182
Sección 9.1	Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le rembolsemos por un medicamento de la Parte D.	182
Sección 9.2	¿Qué es una excepción?.....	184
Sección 9.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones	186
Sección 9.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	187
Sección 9.5	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 190	
Sección 9.6	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2	193
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y más allá.....		196
Sección 10.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos	196
Sección 10.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D.....	197

SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.	199
Sección 11.1	¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de quejas?	199
Sección 11.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”	202
Sección 11.3	Paso a paso: presentación de una queja	202
Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad.	205

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

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

Llámenos primero

Su salud y su satisfacción son importantes para nosotros. Cuando tenga un problema o inquietud, esperamos que intente primero un acercamiento informal: Llame al Servicio al cliente (en la portada de este folleto encontrará los números de teléfono). Colaboraremos con usted para tratar de encontrar una solución satisfactoria a su problema.

Tiene derechos como miembro de nuestro plan y como una persona que recibe los beneficios de Medicare y Medicaid.

Nos comprometemos a respetar sus derechos, tomar de manera seria sus problemas y preocupaciones, y a tratarle con respeto.

Dos procesos formales para tratar los problemas

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- 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? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

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

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

Sin embargo, puede resultar útil (y a veces, es muy importante) que conozca los términos legales correctos para la situación en la que podría encontrarse. El hecho de saber cuáles términos utilizar le ayudará a comunicarse de forma más clara y precisa cuando enfrente un problema y a obtener la ayuda o información correcta para su situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

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

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--

Algunas veces puede ser confuso iniciar o seguir el proceso 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. Tal vez ambas cosas sean el caso suyo.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. 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 nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos 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>).

También 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 las decisiones de cobertura y las apelaciones? ¿O debe utilizar el procedimiento para presentar una queja?
--------------------	---

Si tiene un problema o una inquietud y desea hacer algo al respecto, no es necesario leer este capítulo completo. Sólo tiene que encontrar y leer las partes de este capítulo que tienen que ver con su situación. La guía que sigue le será útil.

Para comprender qué parte de este capítulo dice qué debe hacer con respecto a su problema o inquietud, **EMPIECE AQUÍ**

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios y 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

NO

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **sección 4: “Una guía para los fundamentos sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

El proceso para las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta,

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. Nosotros y/o su médico tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que acude a un médico para recibir atención médica. También puede ponerse en contacto con el plan y solicitar una decisión de cobertura. Por ejemplo, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Dado que GuildNet Gold es un plan para personas que tienen Medicaid y Medicare, la manera de solicitar una decisión de cobertura depende de qué servicios solicita. Su Administrador de casos puede ayudarlo a comprender la manera de solicitar una decisión de cobertura.

Existen algunos servicios que puede obtener de GuildNet Gold que están cubiertos **sólo** por sus beneficios de **Medicare**. Muchos de los servicios que obtiene de GuildNet Gold son servicios que están cubiertos por sus beneficios de **Medicare** y sus beneficios de **Medicaid** (se denominan “**servicios doblemente cubiertos**”).

También hay algunos servicios que están cubiertos **sólo** por sus beneficios de **Medicaid**.

- Si presenta una solicitud de servicios o de pago por servicios cubiertos **sólo** por sus beneficios de **Medicare**, GuildNet Gold seguirá los **procesos de Medicare descritos en las secciones 5, 6 y 7** de este capítulo.
- Si presenta una solicitud de servicios o de pago por servicios cubiertos **sólo** por sus beneficios de **Medicaid**, GuildNet Gold seguirá el **proceso de Medicaid descrito en la sección 8** de este capítulo.
- Si presenta una solicitud de servicios o de pago por servicios cubiertos por sus beneficios de **Medicare y Medicaid (doblemente cubiertos)**, GuildNet Gold seguirá los **procesos de Medicare descritos en las secciones 5, 6 y 7** de este capítulo.
- Si presenta una solicitud de servicios o de pago por servicios cubiertos por sus beneficios de **medicamentos con receta de la Parte D**, GuildNet Gold seguirá los procesos de **medicamentos con receta de la Parte D descritos en la sección 9** de este capítulo.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar:

- Por lo general, no hay problema. Decidimos el servicio o el medicamento que está cubierto y pagamos nuestra parte del costo.
- Sin embargo, 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. Le enviaremos una decisión por escrito y le explicaremos por qué le denegamos su solicitud.

Solicitar una apelación

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

Cuando usted presenta una apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

Dado que GuildNet Gold es un plan para personas que tienen Medicaid y Medicare, la manera de realizar una apelación depende de qué servicios apela. Su Administrador de casos puede ayudarlo a comprender la manera apelar una decisión de cobertura de GuildNet Gold.

- Si realiza una apelación de servicios o de pago por servicios cubiertos **sólo** por sus beneficios de **Medicare**, GuildNet Gold seguirá el **proceso de Medicare** descrito en las secciones 5, 6 y 7 de este capítulo. Cuando sigue el proceso de apelación de Medicare, si rechazamos su apelación de nivel 1 en su totalidad o en parte, su caso se enviará automáticamente a una apelación de nivel 2. A la apelación de nivel 2 la realiza una organización independiente que no está conectada con nuestro plan. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, es posible que pueda avanzar a otros varios niveles de apelación.
- Si presenta una apelación de servicios o una solicitud de pago por servicios cubiertos **sólo** por sus beneficios de **Medicaid**, GuildNet Gold seguirá el **proceso de Medicaid** descrito en la sección 8 de este capítulo. Si no está satisfecho con nuestra decisión acerca de su apelación, puede solicitar una “audiencia imparcial”.

- Si presenta una apelación por servicios o por el pago de servicios cubiertos por sus beneficios de **Medicare y Medicaid (doblemente cubiertos)**, **puede decidir** seguir las normas de Medicare o las normas de Medicaid.
 - **Si opta por seguir las normas de Medicare**, no puede utilizar sus derechos de apelación propios de Medicaid, incluso su derecho a una audiencia imparcial de Medicaid del estado de Nueva York. Si opta por seguir las normas de Medicaid, tendrá hasta **60 días** a partir de la fecha del aviso sobre la denegación de la cobertura de GuildNet Gold para utilizar sus derechos de apelación propios de Medicare.
 - **Si no elige entre las normas de Medicare y de Medicaid, seguiremos las normas de Medicaid.**
- Si presenta una apelación sobre sus beneficios de **medicamentos con receta de la Parte D**, GuildNet Gold seguirá el **proceso de medicamentos con receta de la Parte D** descrito en la sección 9 de este capítulo.

Entendemos que el proceso de apelaciones puede resultarle confuso. GuildNet Gold le explicará los procesos de apelaciones a su disposición, dependiendo de su problema. Llame a su Administrador de casos o al Servicio al cliente (en la portada de este folleto encontrará los números de teléfonos) para obtener más información acerca de sus derechos y las opciones a su disposición.

Consulte la *Sección de servicios cubiertos* para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos por sus beneficios de Medicare o sus beneficios de Medicaid o están doblemente cubiertos por sus beneficios tanto de Medicare como de Medicaid.

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación
--------------------	--

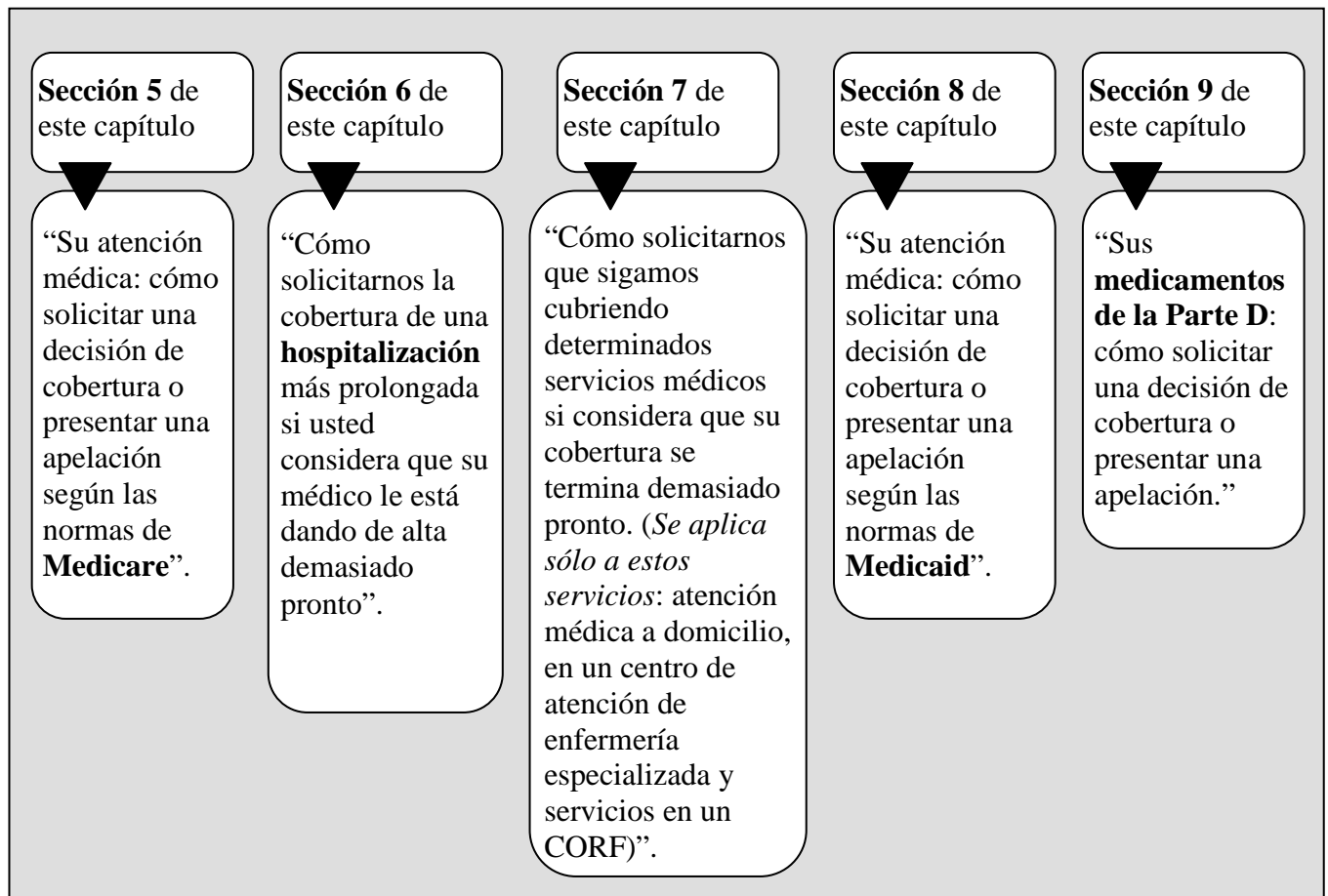
¿Desea algún tipo de ayuda? Éstos son los recursos que podría utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamar al Servicio al cliente** (en la portada 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).

- **Usted debería considerar que su médico u otro proveedor participe, si es posible, especialmente si desea una decisión “rápida” o “acelerada”.** En la mayoría de las situaciones que implican una decisión de cobertura o una apelación, su médico u otro proveedor debe explicar las razones médicas que sustenten su petición. Ni su médico ni otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar cada apelación. Él o ella puede solicitarle al plan una decisión de cobertura y una apelación inicial con el plan. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 1 según las normas de Medicare, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben estar designados como su “representante” (consulte más adelante “representantes”).
- **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 de atención al cliente y pida el formulario para otorgarle a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para actuar por usted.** Usted puede contactar a su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le proporcionarán servicios legales gratis 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 4.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen los detalles sobre <u>su</u> situación?
--------------------	---

Existen cinco tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada uno en una sección aparte:



Si aún no está seguro cuál sección debe usar, llame al Servicio al cliente (en la portada 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 5 **Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**



¿Leyó la sección 4 de este capítulo (*Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 5.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica
--------------------	---

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 médicos (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”.

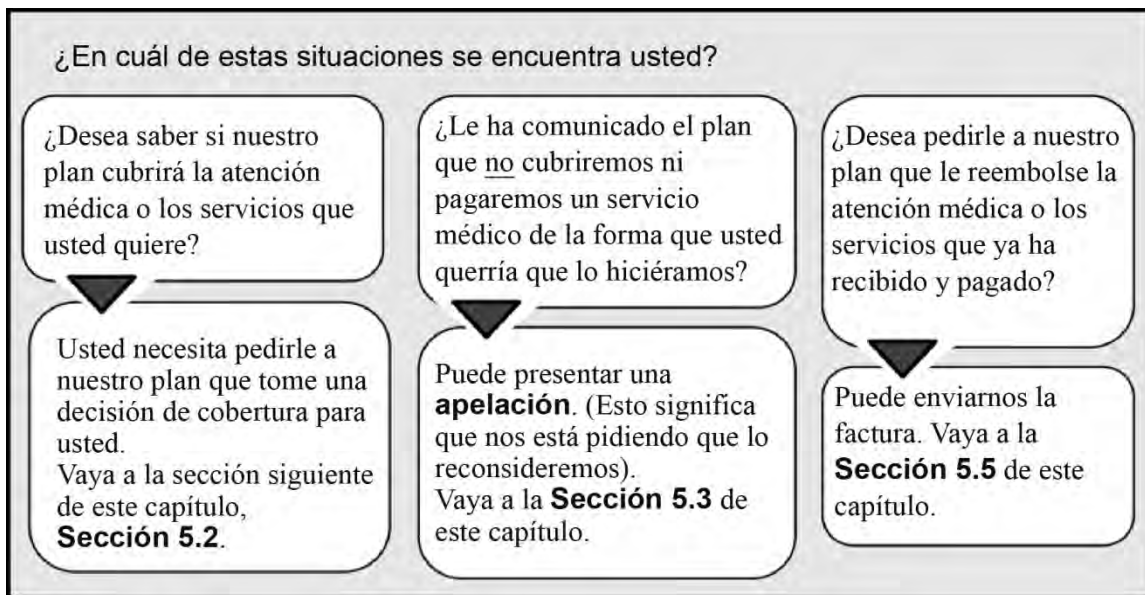
Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.
3. Recibió atención o servicios médicos que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
4. Recibió atención o servicios médicos, y pagó por ellos, y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

- **OBSERVACIÓN IMPORTANTE: 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 6 del capítulo 9: *Cómo solicitar una hospitalización más prolongada si usted considera que se le ha pedido irse del hospital demasiado pronto.*
- Sección 7 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).

- 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 5) como su guía sobre lo que tiene que hacer.



Sección 5.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura
(cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

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

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

Términos legales Una “decisión rápida” es denominada una “**decisión acelerada**”.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que le brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, o su médico, o su representante 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 nuestro plan cuando está solicitando una decisión de cobertura, presentando una apelación o queja 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 más** si pide más tiempo, o si necesitamos información (por ejemplo, registros médicos) que pueda beneficiarle. 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 más** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle 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 11 de este capítulo). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida, debe cumplir dos requisitos:**

- Podrá solicitar una decisión rápida sólo 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 *sólo* 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, 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, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 11 de este capítulo).

Paso 2: nuestro plan considera 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 adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. Si tomamos días adicionales, se denomina una “extensión del plazo”.
 - 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 5.3 más adelante, explica cómo hacer 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 más (“una extensión de tiempo”) bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
 - 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 5.3 más adelante, explica cómo hacer 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 hacer una apelación según las normas de Medicare.

- Si nuestro plan rechaza 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.
- Recuerde que si presenta una apelación por servicios o por el pago de servicios cubiertos por sus beneficios de Medicare y Medicaid (doblemente cubiertos), puede decidir seguir o las normas de Medicare o las normas de Medicaid.
- Si opta por seguir las normas de Medicare, no puede utilizar sus derechos de apelación propios de Medicaid, incluso su derecho a una audiencia imparcial de Medicaid del estado de Nueva York. Si opta por seguir las normas de Medicaid,

tendrá hasta 60 días a partir de la fecha del aviso sobre la denegación de la cobertura de GuildNet Gold para utilizar sus derechos de apelación propios de Medicare.

- Si no elige entre las normas de Medicare y de Medicaid, seguiremos las normas de Medicaid.
- Si decide apelar según las normas de Medicare, significa que está avanzando al nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la sección 5.3).

Sección 5.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	---

Términos

Cuando inicia el proceso de apelaciones presentando una apelación, se denomina “primer nivel de apelación” o “apelación de Nivel 1”.

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 el plan y presente la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Lo que debe hacer si su salud lo requiere, es solicitar una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud verbal)

- **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.*
- **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 ponerse en contacto con nuestro plan cuando está solicitando una decisión de cobertura, presentando una apelación o queja sobre su atención médica.*

- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** 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. 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.
- **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.

Términos legales	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, 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: nuestro plan considera su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan está 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. Podemos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

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

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos 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 beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos 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 beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**.
 - 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, **nuestro plan está obligado a enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Cuando hagamos esto, significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2

Si nuestro plan rechaza su apelación de nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. En la apelación de nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que nuestro plan tomó cuando rechazó su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

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

Paso 1: la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización externa 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.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se le denomina su “expediente de 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 envió una apelación rápida a nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el nivel 2. La organización de revisión debe darle respuesta a su apelación de nivel 2 **en el plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**.

*Si se le concedió una apelación “estándar” en el nivel 1, también se le concederá una **apelación “estándar”** en el nivel 2.*

- Si envió una apelación estándar a nuestro plan 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 el 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 beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**.

Paso 2: la Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y explicará las razones para ello.

- **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 de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 la maneja un juez administrativo. La sección 10 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5	¿Qué pasa si le está pidiendo a nuestro plan que le pague nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?
--------------------	--

Si quiere solicitar al plan que pague la atención médica, comience por leer el capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de medicamentos o servicios médicos*. El capítulo 7 describe las situaciones en las que puede que necesite solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos pide el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de nuestro plan

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la sección 4.1 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 médicos (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*).

Diremos “sí” o “no” a su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O bien, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envío del pago equivale a responder *afirmativamente* a 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 usted hace una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la parte 5.3 de esta sección. Consulte esta parte para 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 6 Cómo pedirnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (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 prepararle 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.

Sección 6.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que expone sus derechos

Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito denominado *“An Important Message from Medicare about Your Rights”* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresados en un hospital. Está previsto que una persona del hospital se la dé dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado.

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Le indica sus derechos como paciente hospitalizado, incluido:

- 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.
- Qué hacer si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales	El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede “presentar una apelación” . La presentación de una apelación es una manera formal y legal de solicitar la postergación de la fecha del alta, para que la atención hospitalaria esté cubierta durante más tiempo. (La sección 6.2 le indica cómo presentar esta apelación).
-------------------------	--

2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- Firmar este aviso *sólo* 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 al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en Internet en <http://www.cms.hhs.gov>.

Sección 6.2	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital
--------------------	---

Si desea pedir que los servicios de hospital estén cubiertos por nuestro plan 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 de los primeros dos 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 al cliente (en la portada 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.

Términos legales	Cuando inicia el proceso de apelaciones presentando una apelación, se denomina “primer nivel de apelación” o “apelación de Nivel 1”.
-------------------------	--

Paso 1: póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida un “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Términos legales	Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata” o “revisión acelerada”.
-------------------------	--

¿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 (Un mensaje importante de Medicare)*) 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 6.4.

Pida una “revisión rápida”:

- Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que efectúe una **“revisión rápida”** del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar del estándar.

Términos legales	Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata” o “revisión acelerada” .
-------------------------	--

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de 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 le han dado el hospital y nuestro plan.
- Al mediodía siguiente de que los revisores le informen a nuestro plan de su apelación, también recibirá un aviso por escrito que le informa su fecha prevista del alta y le explica las razones por las que su médico, el hospital y nuestro plan piensan que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales	La explicación por escrito se denomina “Aviso detallado del alta” . Puede obtener una muestra de este aviso llamando al Servicio al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O
-------------------------	--

puede ver un aviso de muestra por Internet en <http://www.cms.hhs.gov/BNI/>

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión acepta su apelación, **nuestro plan deberá 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). (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. (Una respuesta *negativa* a su apelación quiere decir que se *rechaza* la apelación). En caso de que esto suceda, **la cobertura del plan para los servicios hospitalarios finalizará** al mediodía del día *posterior* a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación, significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad ha desestimado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar una apelación del Nivel 2. Durante una apelación del 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.

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

Paso 1: usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión 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:

- **Nuestro plan debe reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Nuestro plan debe 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 para su apelación de nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.
- 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 6.4 ¿Qué pasa si se vence el plazo para presentar su apelación de nivel 1?
--

En vez de eso, puede apelar a nuestro plan

Como se explica anteriormente en la sección 6.2, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación a su alta del hospital. (“Rápido” significa antes de dejar el hospital y no más tarde de su fecha prevista del alta). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentar la apelación a nuestro plan y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar de los estándar.

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

Paso 1: póngase en contacto con nuestro plan y pida una “revisión rápida”.

- Para los detalles sobre cómo ponerse en contacto con nuestro plan, 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.*
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: nuestro plan realiza una revisión “rápida” de su fecha prevista del alta, comprobando si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, nuestro plan revisa 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: nuestro plan le comunica nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestro plan acepta 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 nuestro plan rechaza 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 se 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 nuestro plan *rechaza* 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, **nuestro plan está obligado 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 nuestro plan rechaza su apelación de nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomó nuestro plan al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

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

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización externa 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,** nuestro plan debe reembolsarle (devolverle el dinero) 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 nuestro plan en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - 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 7 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto según las normas de Medicare

Sección 7.1	<i>Esta sección trata <u>sólo</u> acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés).</i>
--------------------	--

Esta sección hace referencia *sólo* 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 médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

Cuando nuestro plan decide 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, *nuestro plan dejará de pagar lo que le corresponde del costo de su atención*.

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

Sección 7.2 Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura

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

- El aviso por escrito le indica la fecha en la que su plan dejará de cubrir su atención.

Términos legales	En este aviso por escrito, le informamos sobre una “ decisión de cobertura ” que hemos tomado con respecto a cuándo dejar de cubrir su atención. (Para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la sección 4 de este capítulo).
-------------------------	---

- 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.

Términos legales Al indicarle qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede **“presentar una apelación”**. La presentación de una apelación es una manera formal y legal de solicitarle a nuestro plan que cambie la decisión de cobertura que ha tomado con respecto a cuándo detener su atención. (La sección 7.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación).

Términos legales El aviso por escrito se denomina **“Aviso de la no cobertura de Medicare”**. Puede obtener una muestra llamando al Servicio al cliente 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 por Internet en <http://www.cms.hhs.gov/BNI/>.

2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.

- Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- La firma del aviso *sólo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un 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 de los primeros dos 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 al cliente (en la portada 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.

Términos legales	Cuando inicia el proceso de apelaciones presentando una apelación, se denomina “primer nivel de apelación” o “apelación de nivel 1”.
-------------------------	--

Paso 1: presentar una 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 nuestro plan finalice 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 presentar directamente la apelación a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la sección 7.4.

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 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 le informarán a nuestro plan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte del plan que le especificará las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales	Esta explicación por escrito se denomina “Explicación detallada de no cobertura”.
-------------------------	---

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, **nuestro plan deberá 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**. Nuestro plan dejará de pagar la parte que le corresponde de los costos de esta atención.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés) después de la fecha en la que 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.

Sección 7.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
--------------------	--

Si la Organización para la mejora de la calidad 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.

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

Paso 1: usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión 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?

- **Nuestro plan debe 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. **Nuestro plan debe 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 tomaron para su apelación de nivel 1 y no la cambiarán. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
- 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.

Sección 7.5	¿Qué pasa si se vence el plazo para presentar su apelación de nivel 1?
--------------------	---

En vez de eso, puede apelar a nuestro plan

Como se explica anteriormente en la sección 7.3, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentar la apelación a nuestro plan y pedir una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar de los estándar.

Éstos son los pasos de la apelación de nivel 1 alternativa:

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

Paso 1: póngase en contacto con nuestro plan 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 denominada, *Cómo ponerse en contacto con nuestro plan cuando está solicitando una decisión de cobertura, presentando una apelación o queja sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: nuestro plan realiza una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, nuestro plan revisa 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: nuestro plan le comunica nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestro plan acepta 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 nuestro plan rechaza su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado y nuestro plan no pagará después de esa fecha. Nuestro plan dejará de pagar la parte que le corresponde de los costos de esta atención.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en la que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si nuestro plan *rechaza* 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, **nuestro plan está obligado 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 nuestro plan rechaza su apelación de nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomó nuestro plan al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

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

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree

que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización externa 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,** nuestro plan debe reembolsarle (devolverle el dinero) 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. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - 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 8 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación según las normas de Medicaid



¿Leyó la sección 4 de este capítulo (*Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

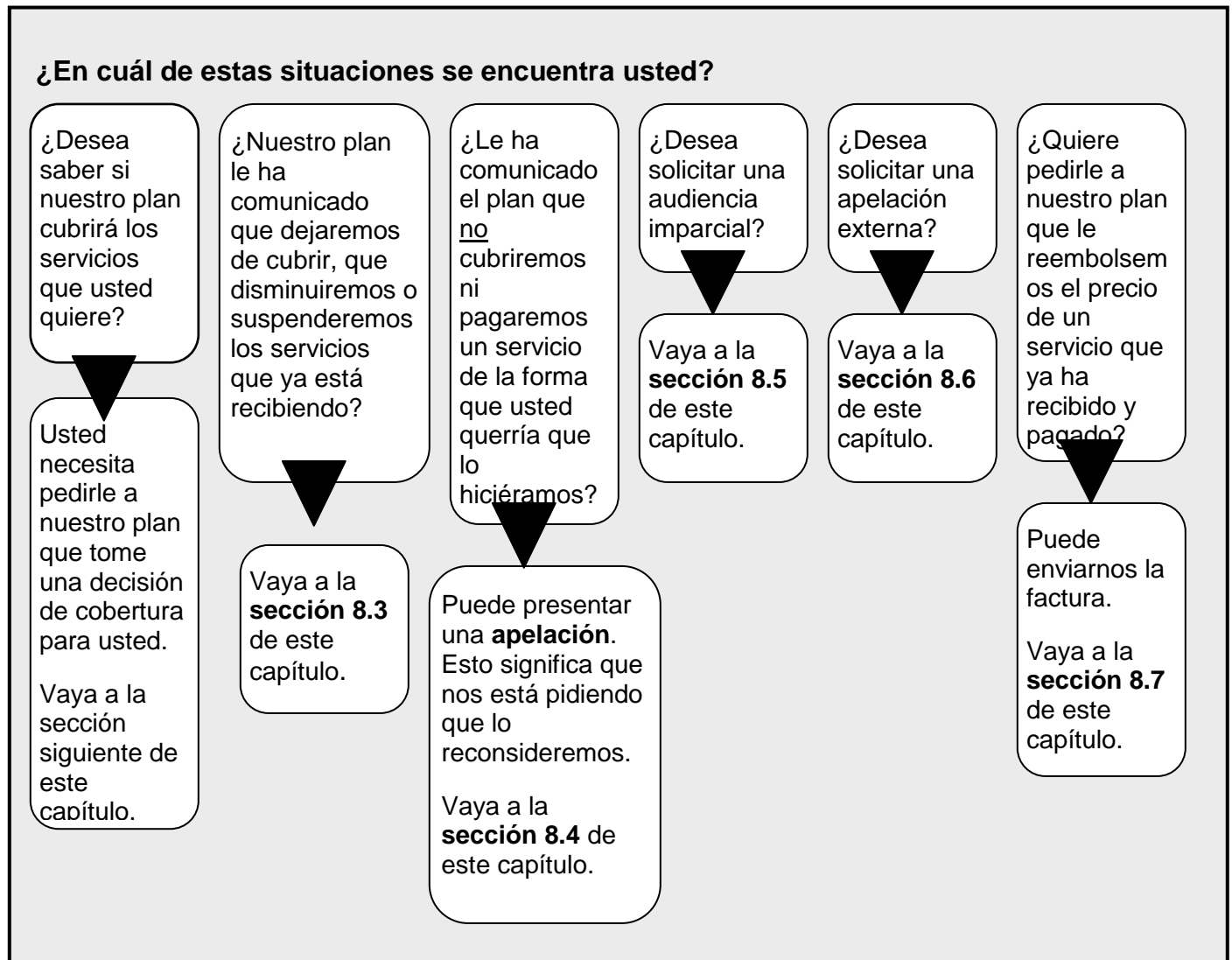
Sección 8.1 Esta sección le indica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de servicios
--

En esta sección se trata de los beneficios para los servicios que usted solía recibir en virtud del servicio de pago por servicio de Medicaid. Estos son los beneficios que se detallan en el capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. 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 cinco 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. Recibió servicios que usted considera que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de dicha atención.

5. 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.



Sección 8.2

Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o proporcione los servicios que desea).

Términos

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

legales

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 enviar un fax a su Administrador de casos para hacer solicitarnos que le proporcionemos cobertura para los servicios que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto.
- Para los detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección denominada, ***Cómo ponerse en contacto con nuestro plan cuando está solicitando una decisión de cobertura, presentando una apelación o queja 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”.

- **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 (tales como registros médicos) que pueden beneficiarle. 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, 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 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 beneficiarle 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 11 de este capítulo). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida, debe cumplir dos requisitos:**
 - Podrá solicitar una decisión rápida sólo 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 sólo 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, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 11 de este capítulo).

Paso 2: nuestro plan considera su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Normalmente, para una decisión rápida, le daremos nuestra respuesta en los plazos descritos en el Paso 1.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tardar hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si tomamos días adicionales, se denomina una “extensión del plazo”.
 - Si no le damos la respuesta como se describe en el Paso 1 (o si hay una extensión de tiempo, al final de ese período), tiene derecho a apelar. Consulte la sección 8.4 de este capítulo.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica la razón de nuestra negativa.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

- Normalmente, para una decisión estándar, le daremos nuestra respuesta como se describe en el Paso 1.
 - Podríamos tomar hasta 14 días más (“una extensión de tiempo”) bajo ciertas circunstancias.
 - Si no le damos la respuesta en 14 días (o si hay una extensión de tiempo, al final de ese período), tiene derecho a apelar. (Consulte la sección 8.4 de este capítulo).
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica la razón de nuestra negativa.
- Si nuestra respuesta fue negativa porque el servicio no era médicamente necesario o era experimental o de investigación, se lo informaremos y usted podrá solicitar más información acerca de cómo definimos “médicamente” o “experimental o de investigación”.

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

- Si nuestro plan responde que no, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar y tal vez cambiar esta decisión haciendo una apelación. Hacer una apelación significa hacer otro intento para obtener los servicios que desea. (Consulte la sección 8.4 de este capítulo).

Sección 8.3	Otras decisiones sobre sus servicios de Medicaid
--------------------	---

Interrumpir, reducir o suspender servicios autorizados

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 escritos al menos **10 días** antes de cambiar sus servicios.

Usted puede presentar una apelación 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 8.5 de este capítulo.

Sección 8.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación según las normas de Medicaid (cómo solicitar una revisión de la decisión que nuestro plan tomó sobre los servicios)
--------------------	--

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 comunicarse 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 ello, 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 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)

Términos legales	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 Gold recibió la información necesaria pero en **no más de 3 días hábiles** a partir del día en que GuildNet Gold recibió su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión por teléfono y luego le enviaremos un aviso por escrito. 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**. Lo llamaremos de inmediato para informarle que necesitamos más tiempo para recopilar la información y luego le enviaremos enviarle 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).

Si nuestro plan rechaza su apelación sobre su 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 8.5 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 8.6 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.

Sección 8.5

Paso a paso: cómo solicitar una audiencia imparcial

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 primera apelación.

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 apelación.

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

Si denegamos su apelación sobre 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 que recibió nuestra decisión sobre su apelación y que le informamos en ella que aún teníamos la intención 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 y siga las instrucciones.
- Complete el Aviso de audiencia imparcial que le enviamos con nuestra decisión y luego
 - envíe el Aviso de audiencia imparcial 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 a su Administrador de casos o al Servicio al cliente (en la portada de este folleto encontrará los números de teléfono) 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 le denomina su “expediente de 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”).

Sección 8.6	Paso a paso: cómo solicitar una apelación externa ante el estado de Nueva York
--------------------	---

Si GuildNet Gold 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 Gold o ser 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 Gold y obtener la determinación final adversa de GuildNet Gold;
- si tuvo una apelación acelerada y no está satisfecho con la decisión de GuildNet Gold, puede presentar una apelación estándar ante GuildNet Gold o ir directamente a una apelación externa ante el estado de Nueva York, o bien
- usted y GuildNet Gold pueden acordar omitir el proceso de apelaciones de GuildNet Gold 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 Gold para solicitar una apelación externa ante el estado de Nueva York. Si usted y GuildNet Gold acuerdan omitir el proceso de apelaciones de GuildNet Gold, 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 su derecho a una apelación externa ante el estado de Nueva York si no presenta a tiempo la solicitud.

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 y siga las instrucciones.
- Use la solicitud impresa que le enviamos cuando rechazamos su apelación.
- Llame a su Administrador de casos o al Servicio al cliente (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 ante el 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 apelación externa solicita más información, puede ser necesario más tiempo (hasta **5 días hábiles** más). Usted y GuildNet Gold 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 Gold la decisión de inmediato por teléfono o por fax. Luego se le enviará una carta con la decisión.

Sección 8.7	¿Qué sucede si le está pidiendo a nuestro plan que le pague nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?
--------------------	--

Si quiere solicitar al plan que pague los servicios, comience por leer el capítulo 7 de este folleto:

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

El capítulo 7 describe las situaciones en las que puede que necesite solicitar un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos pide el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de nuestro plan

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención que pagó es un servicio cubierto (consulte el capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (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 (estas normas se explican en el capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Diremos “sí” o “no” a su solicitud

- Si los servicios por los que pagó tienen cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envío del pago equivale a responder *afirmativamente* a su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si los servicios *no* están cubiertos, 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 usted hace una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la parte 8.4 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 un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).

SECCIÓN 9 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Leyó la sección 4 de este capítulo (*Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 9.1	Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos por un medicamento de la Parte D.
--------------------	---

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 sean medicamento necesarios para usted, según lo haya determinado su médico de atención primaria u otro proveedor.

- **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*, 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 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales	Una decisión de cobertura es a menudo denominada una “ determinación inicial ” o “ decisión inicial ”. Cuando la decisión de cobertura trata de sus medicamentos de la Parte D, la determinación inicial se llama “ determinación de cobertura ”.
-------------------------	--

Éstos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

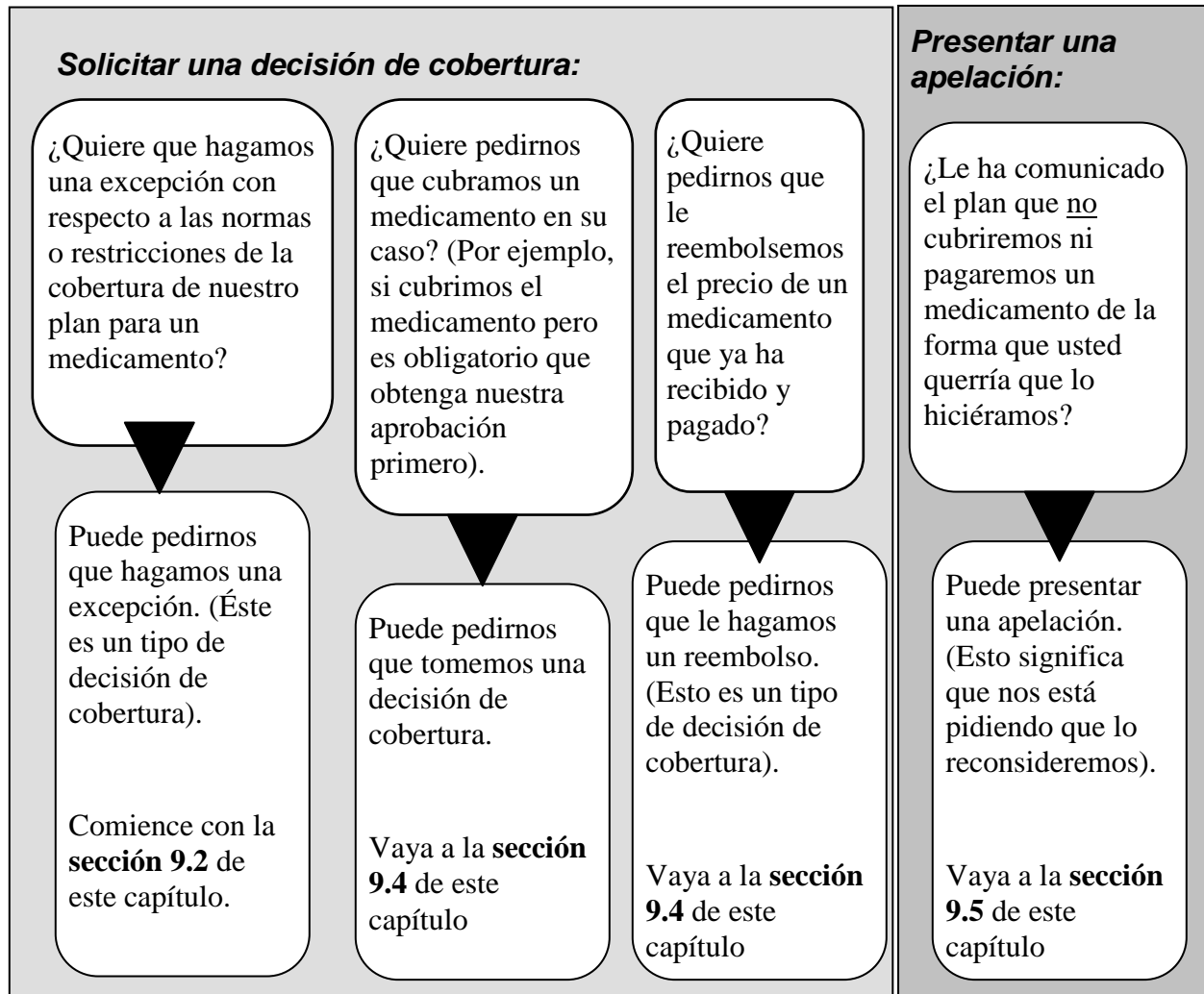
- Nos pide que hagamos una excepción, como:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan.
 - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que 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 cualquier norma de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).

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 esta guía para que lo ayude a determinar qué parte tiene información sobre su situación:

En cuál de estas situaciones se encuentra usted?



Sección 9.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirle al plan que haga 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 tendrá 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) del plan*. (Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviarla).

Términos legales	Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina en ocasiones “ excepción al formulario ”.
-------------------------	--

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos del nivel 3. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.
- 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 restricción de la cobertura del plan para un medicamento cubierto. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan (para obtener más información, consulte la sección 5 del capítulo 5).

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

- 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 a veces es denominado “tratamiento escalonado”).
 - *Límites de cantidades*. Para algunos medicamentos se aplican restricciones respecto de la cantidad que puede tener.
- Si nuestro plan acepta hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedir una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

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

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 4 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será la cantidad que le corresponda pagar del costo del medicamento.

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

- Si su medicamento está incluido en el nivel de medicamentos especiales, puede pedirnos que lo cubramos al costo compartido que se aplique a los medicamentos genéricos. Esto reduciría su costo compartido del medicamento.

Sección 9.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de la solicitud de excepciones
--------------------	--

Su médico debe explicarnos las razones médicas.

Su médico o la persona autorizada a dar la receta deben darnos una declaración escrita 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.

Nuestro plan puede 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 9.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 9.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

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

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

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

- **Solicite el tipo de decisión sobre la cobertura que desea.** Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar la receta) pueden hacer esto. Para consultar los detalles, vaya a la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección *Cómo puede ponerse en contacto con nuestro plan para solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D*. O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección titulada *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió*.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La sección 4 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 solicitar al plan que le reembolse el costo de un medicamento,** comience por leer el capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitar al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por concepto de medicamentos o servicios médicos*. 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 que solicita. (A esto le llamamos “declaración del médico”). Su médico o la persona autorizada a dar la

receta pueden enviarnos por fax o correo la declaración a nuestro plan. O su médico o la persona autorizada a dar la receta pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando por fax o correo la declaración firmada. Consulte las secciones 9.2 y 9.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.

- 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 posteriores a la recepción de 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 sólo 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 *sólo* 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), nuestro plan decidirá 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: nuestro plan considera 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 rápido 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 rápido 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 todo 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 14 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 nuestro plan lo rechaza, tendrá derecho a presentar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 9.5

Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1
(cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales

Cuando usted inicia el proceso de apelaciones presentando una apelación, se denomina “primer nivel de apelación” o “apelación del Nivel 1”.

Una apelación al plan sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D, se llama una “redeterminación” del plan.

Paso 1: usted se pone en contacto con su plan y presenta una apelación del Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

Términos legales Una “apelación rápida” también se denomina “apelación acelerada”.

- **Para iniciar su apelación, usted, o su representante, su médico o la persona autorizada a dar recetas, deben ponerse en contacto con nuestro plan.**
 - 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.
- **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 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 tendrá 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 9.4 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 rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, 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 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 todo 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 **no más allá de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos 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 nuestro plan rechaza su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 9.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2

Si nuestro plan rechaza 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 tomó nuestro plan cuando rechazó la primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

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

Paso 1: para hacer una apelación del Nivel 2, debe ponerse en contacto con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si nuestro plan rechaza 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 le denomina su “expediente de 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 externa independiente que Medicare contrata.** Esta organización no tiene conexión con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D con nuestro plan.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

*Plazos límite para la **apelación “rápida”** en el nivel 2.*

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe 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 límite para la **apelación “estándar”** en el nivel 2.*

- Si presenta una apelación estándar en el nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta 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 al 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 si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es suficientemente alto como para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere 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 10 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y más allá

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

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.

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

- **Si el juez administrativo acepta la apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir 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.

Apelación de nivel 4	El Consejo de apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si la apelación se acepta, o si el Consejo de apelaciones de Medicare deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable para una apelación de nivel 3, es posible que el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** Decidiremos si deseamos apelar esta decisión para pasar 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 que le sea 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.

Apelación de nivel 5	Un juez del Tribunal federal de distrito 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.

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

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que haya pedido en la apelación se ha aprobado.
- **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.

Apelación de nivel 4	El Consejo de apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que haya pedido en la apelación se ha aprobado.
- **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. Depende de su situación. Siempre que el revisor rechace su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten continuar a otro nivel de apelación. 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.

Apelación de nivel 5	Un juez del Tribunal federal de distrito revisará su apelación. Ésta es la última etapa del proceso de apelaciones.
-----------------------------	--

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

PRESENTAR QUEJAS

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



Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la sección 4 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de quejas?
--

En esta sección se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El procedimiento de quejas *sólo* 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 se pueden gestionar a través del proceso de quejas.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede “presentar una queja”

Calidad de su atención médica

- ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?

Respeto de su privacidad

- ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?

Falta de respeto, mal Servicio de atención al cliente u otro comportamiento negativo

- ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto?
- ¿Está insatisfecho con la manera en que le han tratado en nuestro Departamento de Servicio para los miembros?
- ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Tiempos de espera

- ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla?
- ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O al Servicio para los miembros u a otro personal de nuestro plan?
- Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta

Limpieza

- ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?

Información que recibe de nuestro plan

- ¿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 para pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4-9 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 nuestro plan no está respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A continuación, le brindamos 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 nuestro plan no está 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 le indica a nuestro plan 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 nuestro plan no le brinda una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 11.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”

Términos legales

- En esta sección, una “**queja**” también se denomina “**reclamo**”.
- Otro término para “**presentar una queja**” es “**interponer un reclamo**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso para quejas**” es “**usar el proceso para interponer un reclamo**”.

Sección 11.3 Paso a paso: presentación de una queja

Paso 1: póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Servicio al cliente. Para los detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección denominada, *Cómo ponerse en contacto con nuestro plan cuando está solicitando una decisión de cobertura, presentando una apelación o queja sobre su atención médica o Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D.*

- Si hay algo más que tenga que hacer, el Servicio al cliente se lo informará. Si necesita nuestra ayuda debido a un problema auditivo o de la vista, o si necesita servicios de traducción, podemos ayudarle.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede poner su queja por escrito y enviárnosla.** Si decide hacer esto, utilizaremos nuestro *procedimiento formal* para responder las quejas. Explicamos este procedimiento a continuación:

Debido a que el plan es para personas que tienen Medicaid y Medicare, la manera de presentar una queja depende del servicio sobre el cual se trata la queja. Su Administrador de casos puede ayudarlo a comprender cómo presentar una queja.

- Si está presentando una queja por un servicio que solía recibir **únicamente** de Original Medicare, debe seguir el proceso de quejas de Medicare.
- Si está presentando una queja por un servicio que solía recibir **únicamente** del programa pago por servicio de Medicaid, debe seguir el proceso de quejas de Medicaid.
- Si está presentando una queja por un servicio que solía recibir de Original Medicare y del programa pago por servicio de Medicaid, **puede elegir seguir el proceso de quejas de Medicare o de Medicaid**. Si no elige un proceso, se seguirá el proceso de quejas de Medicaid.
- Si presenta una apelación sobre los servicios cubiertos por los beneficios de **medicamentos con receta de la Parte D**, GuildNet Gold seguirá el proceso de quejas de **medicamentos con receta de la Parte D** en esta sección.
- Para cualquier otro problema o queja, póngase en contacto con el Servicio al cliente y lo ayudaremos.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto inmediatamente con el Servicio al cliente**. 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.

Términos legales

En esta sección, una “**queja rápida**” también se denomina “**reclamo rápido**”.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada. Si su afección médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- Si no podemos resolver su queja verbal satisfactoriamente el mismo día o si presenta una queja por escrito, le enviaremos una carta en un plazo de **15 días hábiles** a partir del día en que recibimos la queja que confirma su queja con el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona o del departamento que trata su queja y el tiempo tenemos para decidir sobre 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.

Proceso de quejas de Medicare:

- **Si seguimos el proceso de quejas de Medicare**, le informaremos nuestra decisión tan pronto como su condición lo requiera y en no más de **30 días** desde la fecha en que recibimos su queja, a menos que nos solicite una prórroga o que consideremos que tomar una prórroga es en su mejor interés.
- En ese caso, podemos tardar hasta **14 días adicionales** a partir de la fecha en que recibimos su queja para tomar la decisión.
- **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 24 horas.** Si su queja es sobre nuestra decisión de rechazar su solicitud para una decisión rápida en una solicitud o apelación de servicios o sobre nuestra decisión de tomar una prórroga para su solicitud o apelación de servicios, le daremos automáticamente una decisión rápida sobre su queja.

Proceso de quejas de Medicaid:

- **Si seguimos el proceso de quejas de Medicaid**, 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 es en su mejor interés.
- 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.

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 según el proceso de Medicaid, usted o su representante pueden presentar una **apelación de la queja** ante el plan.

- Usted tiene **60 días hábiles** después de recibir nuestra decisión sobre su queja inicial para presentar una apelación de la queja. 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 ponerse en contacto con esa persona y si necesitamos más información.
- Su apelación de la queja será revisada por una o más personas calificadas que están en un nivel superior 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.

Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad.
---------------------	--

Usted puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió de nuestro plan 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* presentar la queja a nuestro plan). 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 presentar su queja sobre la calidad de la atención a nuestro plan y también a la Organización para la mejora de la calidad.

Capítulo 10. Cancelación de la membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción	208
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	208
Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual	208
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage, pero sus opciones de planes son más limitadas.....	209
Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial.....	210
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?	211
SECCIÓN 3	¿Cómo cancela su membresía en nuestro plan?.....	211
Sección 3.1	Normalmente, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan	211
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	213
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan.....	213
SECCIÓN 5	<i>GuildNet Gold HMO-POS SNP</i> debe cancelar su membresía al plan en ciertas situaciones.....	214
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	214
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud	215
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	216

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la terminación de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en el plan *GuildNet Gold HMO-POS SNP* puede ser **voluntaria** (es su decisión) o **involuntaria** (no es su decisión):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
 - Como usted tiene Medicaid y Medicare, puede cambiar de plan en cualquier momento del año. La sección 2 describe cuándo usted puede cancelar su membresía en el plan.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier momento del año, ya que es elegible para Medicare y Medicaid. La información que se encuentra en esta sección lo ayuda a comprender los momentos del año en que puede cambiar de plan si no tiene Medicaid o si ocurren otras circunstancias especiales.

Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	--

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período de elección coordinada anual”). Éste es el momento en el que debería revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de noviembre al 31 de diciembre de 2010.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Durante este tiempo, puede revisar su cobertura de salud y su cobertura para medicamentos con receta. Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare y el pago por servicio de Medicaid *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - O bien, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que la cobertura es al menos tan buena como la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare).
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage, pero sus opciones de planes son más limitadas
--------------------	--

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage**.

- **¿Cuál es el Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1 de enero al 14 de febrero.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de cancelación de inscripción anual de Medicare Advantage?** Durante ese tiempo, puede cancelar su inscripción en Medicare Advantage y cambiar a Original Medicare y al pago por servicio de Medicaid. Si elige cambiar a Original Medicare, también puede elegir, al mismo tiempo, un plan por separado de medicamentos con receta de Medicare.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también

elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará al mismo tiempo.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	---

En determinadas situaciones, los miembros del plan GuildNet Gold HMO-POS SNP pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién reúne los requisitos para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, es elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. A continuación, sólo se brindan ejemplos. Para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>):
 - En general, cuando se muda.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si es elegible para ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
 - Si vive en un centro, tal como un hogar de convalecencia.
- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían dependiendo de su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare y el pago por servicio de Medicaid *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - O bien, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que la cobertura es al menos tan buena como la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** La membresía, generalmente, se cancelará el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambio de plan.

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

Si tiene alguna pregunta o le gustaría recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Usted puede **llamar al Servicio al cliente** (los números de teléfono están en la portada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare & You 2011* (Medicare y usted 2011).
 - 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 la inscripción.
 - También puede descargar una copia de este documento 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 cancela su membresía en nuestro plan?**

Sección 3.1	Normalmente, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan
--------------------	--

La membresía en GuildNet Gold es voluntaria. Puede cancelar su membresía en cualquier momento.

Póngase en contacto con su Administrador de casos para informarle que desea cancelar su membresía en nuestro plan para que se pueda realizar la transición de su atención. Hágalo antes de comenzar el proceso de cancelación de la inscripción. Si no se pone en contacto con su Administrador de casos antes de comenzar el proceso de cancelación de la inscripción, es muy importante que se comunique con él inmediatamente después de la cancelación para que lo pueda ayudar con la transición de su atención.

Una manera de cancelar su membresía en GuildNet Gold es simplemente inscribiéndose en otro plan de salud. Cuando se inscribe en otro plan, la cancelación de su inscripción en GuildNet Gold es automática. Si va a cancelar su inscripción de esta manera, llame a su Administrador de casos tan pronto como pueda y hágale saber lo que planea hacer. ***Si no llama a su Administrador de casos para informarle sobre sus planes, su Administrador de casos no podrá ayudarlo a mantener los servicios de atención a largo plazo que necesita mientras realiza la transición hacia su nuevo plan.*** Puede terminar sin los servicios de atención a largo plazo por un tiempo después de cancelar su inscripción al plan.

Si desea regresar a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe ponerse en contacto con su Administrador de casos y solicitarle que cancele su inscripción en nuestro plan. La cancelación de la inscripción no es automática en este caso y no puede iniciarse sin participación del plan.

La tabla a continuación explica cómo debería cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">Otro plan Medicare Advantage.	<ul style="list-style-type: none">Ponerse en contacto con su Administrador del plan.Inscribirse en el nuevo plan Medicare Advantage. <p>Su inscripción en <i>GuildNet Gold HMO-POS SNP</i> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>con</i> un plan separado para medicamentos con receta de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Ponerse en contacto con su Administrador del plan.Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. <p>Su inscripción en <i>GuildNet Gold HMO-POS SNP</i> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.</p>

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Ponerse en contacto con su Administrador del caso y solicitar que cancele su inscripción en el plan (en la portada de este folleto encontrará los números de teléfono).• 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.• Su inscripción en GuildNet Gold HMO-POS SNP se cancelará cuando comience su cobertura de Original Medicare.

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

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja *GuildNet Gold HMO-POS SNP*, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre 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 recetas hasta que se cancele su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta sólo están cubiertos si se obtienen 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 cancela su membresía, estará cubierto automáticamente 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 Gold HMO-POS SNP* debe cancelar su membresía al plan en ciertas situaciones**

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

***GuildNet Gold HMO-POS SNP* debe cancelar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:**

- Si no se mantiene inscrito ininterrumpidamente en la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio o se encuentra temporalmente fuera de ella durante más de tres meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Servicio al cliente para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan.

Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.

- Si no cumple los requisitos de elegibilidad especiales del plan, según se indican en la sección 2.1. del capítulo 1.
- Si pierde su elegibilidad para Medicaid.
- Si ingresa a un programa residencial OMH, OMRDD u OASAS por 45 días o más.
- Si se inscribe en un programa de excepción de servicios en el hogar y la comunidad de Medicaid.
- Si clínicamente requiere atención de enfermería en el hogar pero no es elegible para dicha atención según las normas institucionales de elegibilidad de Medicaid. En este caso, GuildNet Gold asegurará su terminación segura para acceder un programa apropiado.

GuildNet Gold debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- 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 hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos antes permiso de Medicare y Medicaid.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan.
 - No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos 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.
- Si no paga o realiza los arreglos necesarios para GuildNet Gold para pagar el monto que la Administración de Recursos Humanos (HRA, por sus siglas en inglés) determinó que debe a GuildNet Gold como spenddown (responsabilidad económica del paciente)/excedente o Ingreso Neto Mensual Disponible (NAMI, por sus siglas en inglés).
- Si conscientemente no completa y envía cualquier consentimiento o publicación necesaria.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o le gustaría recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar al **Servicio al cliente** para obtener más información (en la portada de este folleto encontrará los números de teléfono).

Sección 5.2 <u>No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud</u>
--

¿Qué debería hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito los motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Se le informará sobre sus derechos de Medicaid, incluido el derecho a una audiencia imparcial de Medicaid, por parte de la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (HRA, por sus siglas en inglés). Consulte la sección 8.5 del capítulo 9 para obtener más información sobre audiencias imparciales y su derecho a “ayuda para continuar”. También puede consultar la sección 9 del capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 218
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación..... 218

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por razones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad ni 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.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: la apelación es un recurso que puede utilizar si no está de acuerdo con una decisión tomada en cuanto al rechazo de una solicitud 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 una decisión de interrumpir servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si nuestro Plan no paga por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. El capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: es el área geográfica aprobada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) dentro de la cual una persona elegible puede inscribirse en un plan y, en el caso de los planes de la red, donde debe haber una red disponible para brindar servicios.

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: se refiere a una situación que no se trata de una emergencia, pero que requiere atención médica de inmediato debido a una enfermedad, lesión o afección que no esperaba ni preveía que sucediera; pero no es una situación que ponga su salud en grave peligro.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): es un nivel de atención en un centro de enfermería especializada indicado por un médico que debe ser proporcionada o supervisada por profesionales de salud certificados. Puede ser atención de enfermería especializada o servicios de rehabilitación especializada, o ambos. Los cuidados especializados son servicios que deben ser prestados o supervisados por un enfermero certificado. Los servicios de rehabilitación especializada incluyen fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. La fisioterapia incluye ejercicios para mejorar la movilidad y la fuerza de una parte del cuerpo y entrenamiento para usar equipos especiales, tales como usar un andador o subir y bajar de una silla de ruedas. La terapia del habla utiliza ejercicios para recuperar y fortalecer la capacidad de hablar o tragar. La terapia ocupacional ayuda a aprender cómo ejecutar actividades cotidianas, tales como comer y vestirse sin ayuda.

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. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos sólo si su médico u otro proveedor dentro de la red consiguen nuestra “autorización previa”. 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.

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).

Cantidad máxima que paga de su bolsillo: es lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), generalmente, en el momento en que se reciben. Las primas del plan y las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare no se tienen en cuenta en la cantidad máxima que paga de su bolsillo.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, y rehabilitación para pacientes externos.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): es la agencia federal que administra Medicare. El capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Cobertura para medicamentos con receta acreditable: es la cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo 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.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar [*insertar si el plan tiene una prima: además de las primas del plan*] cuando obtiene medicamentos o servicios. Incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto del deducible que pueda imponerle un plan antes de que se cubran los medicamentos o servicios; (2) cualquier monto de “copago” fijo que un plan pueda requerir que usted pague al recibir medicamentos o servicios específicos; o (3) cualquier monto de “coseguro” que deba pagar como porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento 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: es el cuidado con respecto a las necesidades personales en lugar de las necesidades médicas. El cuidado asistencial es la atención que puede brindar gente que no tiene habilidades ni preparación profesional. Esta atención incluye ayuda para caminar, vestirse, bañarse, comer, la preparación de dietas especiales y tomar la medicación. Medicare no cubre el

cuidado asistencial a menos que se proporcione cómo otros cuidados que recibe junto con atención diaria de enfermería especializada y/o servicios de rehabilitación especializados.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un servicio médico o medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el servicio o el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión formal sobre la 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.

El tipo de atención que está cubierto depende de si le consideran un paciente hospitalizado para estadías en un hospital y en un centro de enfermería especializada. Debe ser ingresado en el hospital como paciente hospitalizado, no sólo en observación. Es un paciente hospitalizado en un centro de enfermería especializada sólo si su atención en dicho centro cumple con ciertos estándares de atención de nivel especializado. Específicamente, para ser un paciente hospitalizado en un centro de atención de enfermería especializada, debe necesitar diariamente atención de enfermería especializada o de rehabilitación especializada, o ambas.

Equipos médicos durables: 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.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado \$4,550 por concepto de medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que el total de sus gastos en medicamentos alcance \$2,550, 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 le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción 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.

Farmacia preferida de la red: es una farmacia de la red que ofrece medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan a un nivel de costo compartido inferior al que se aplica en otras farmacias no preferidas de la red.

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 proporciona 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.

Medicamento necesario: medicamentos, servicios o suministros que se consideran adecuados y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica; se utilizan para el diagnóstico, la atención directa y el tratamiento de su afección médica; cumplen con los estándares de buena práctica clínica de la comunidad local; y no se indican principalmente por su comodidad ni por la del médico.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del

medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

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. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

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 de Costo de Medicare 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).

Multa por inscripción tardía: es el monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga esta cantidad más alta mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los *cuatro* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento.

Organización para la mejora de la calidad (QIO, por sus siglas en inglés): grupos 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 les brinda a los pacientes de Medicare. Tienen que revisar sus quejas sobre la calidad de la atención brindada por los proveedores de Medicare. Consulte en la sección 4 del capítulo 2 la información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado y el capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar quejas ante la QIO.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al 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 referirnos a él, denominaremos al programa de beneficios de medicamentos con receta la Parte D).

Período de beneficios: tanto para nuestro plan como para Original Medicare, un período de beneficios sirve para determinar la cobertura para pacientes internados en hospitales y en centros de atención de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el primer día en que usted es internado en un hospital o centro de enfermería especializada cubierto por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no haya estado internado en ningún hospital ni centro de atención de enfermería especializada durante 60 días continuos. Si va al hospital (o un centro de enfermería especializada) después de que ha finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límites en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

Plan de Costo de Medicare : un plan de costo es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o Plan Médico Competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) en conformidad con un contrato de costos reembolsados bajo la sección 1876(h) de la ley.

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 por el 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 catastrófico más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios proporcionados por proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A (hospital) y la Parte B (médicos) de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un plan de Honorarios privados 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. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): es el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguro 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).

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: es un programa que les 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): es el profesional de salud que elige para coordinar su atención médica. Su PCP es responsable de proporcionarle o autorizar los servicios cubiertos mientras es un miembro del Plan. El capítulo 3 proporciona más información sobre los PCP.

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 base al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

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 al cliente: 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 al cliente.

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/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.

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.