

2025

Evidencia de cobertura

Signature (PPO)



Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Condados del Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Queens, Richmond,
Rockland, Suffolk y Westchester

Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura para medicamentos recetados de Medicare como miembro del Plan Signature (PPO) de Healthfirst

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios a los Miembros al 1-833-350-2910. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-867-4132. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo); y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre). Esta llamada es gratuita.

Health Insurance Company, Inc. proporciona este plan, Signature (PPO) de Healthfirst. Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se hace referencia a “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, significa Healthfirst Insurance Company, Inc. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Healthfirst Insurance Company, Inc.

Este documento está disponible de forma gratuita en español y chino.

Esta información está disponible en diferentes formatos, como letra grande. Llame a Servicios a los Miembros al número que figura previamente si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a las personas inscritas afectadas sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima del plan y el costo compartido.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H9678_LGL25_01 001 0563-24_C

N.º de aprobación de la OMB 0938-1051 (Vencimiento: 31 de agosto de 2026)

Evidencia de cobertura de 2025

Índice

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	7
SECCIÓN 1 Introducción	8
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos lo hacen elegible para ser miembro del plan?	9
SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá	10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para el Plan Signature (PPO) de Healthfirst	12
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	15
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan	17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	18
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	20
SECCIÓN 1 Contactos de Signature (PPO) de Healthfirst (cómo ponerse en contacto con nosotros y cómo comunicarse con Servicios a Miembros)	21
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	26
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	29
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad	31
SECCIÓN 5 Seguro Social	31
SECCIÓN 6 Medicaid	32
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	34
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación de empleados ferroviarios	37
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?	38
CAPÍTULO 3: <i>Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos</i>	39
SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	40
SECCIÓN 2 Cómo utilizar proveedores dentro de la red y fuera de la red para obtener su atención médica	41
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	46

SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	49
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	50
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	52
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	53
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)</i>		56
SECCIÓN 1	Comprensión de los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	57
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar.....	59
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	134
CAPÍTULO 5: <i>Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos con receta de la Parte D</i>		138
SECCIÓN 1	Introducción	139
SECCIÓN 2	Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	139
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	143
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	146
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	147
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?.....	150
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	153
SECCIÓN 8	Surtir un medicamento recetado	154
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	155
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	157
CAPÍTULO 6: <i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D</i>.....		160
SECCIÓN 1	Introducción	161
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.....	163
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra.....	164

SECCIÓN 4	Durante la etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5	166
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.....	166
SECCIÓN 6	Durante la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D	172
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene	172
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>		175
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos o medicamentos cubiertos	176
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	179
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	181
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		182
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan.....	183
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	190
CAPÍTULO 9: <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>		192
SECCIÓN 1	Introducción	193
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	193
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	194
SECCIÓN 4	Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones... ..	195
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	198
SECCIÓN 6	Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	206
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto	216
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto	221
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y superiores.....	225

SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	228
CAPÍTULO 10:	<i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	233
SECCIÓN 1	Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan.....	234
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	234
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	237
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.	237
SECCIÓN 5	El Plan Signature (PPO) de Healthfirst debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones.....	238
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	240
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	241
SECCIÓN 2	Aviso sobre la prohibición de discriminación	241
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario	241
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	242

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en el Plan Signature (PPO) de Healthfirst, que es un PPO de Medicare.

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, el Plan Signature (PPO) de Healthfirst. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

El Plan Signature (PPO) de Healthfirst es un plan de la organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Medicare Advantage. Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento <i>Evidencia de cobertura</i>?

Este documento de *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener atención médica y medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Signature (PPO) de Healthfirst.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este documento sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios a los Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>
--

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted que indica cómo Signature (PPO) de Healthfirst cubre su atención. 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 las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está en vigencia durante los meses en que esté inscrito en Signature (PPO) de Healthfirst entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios del Plan Signature (PPO) de Healthfirst después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2025.

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

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos lo hacen elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra a continuación, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio para el Plan Signature (PPO) de Healthfirst
--

El Plan Signature (PPO) de Healthfirst solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados del estado de Nueva York: Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk y Westchester.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Póngase en contacto con Servicios a los Miembros para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

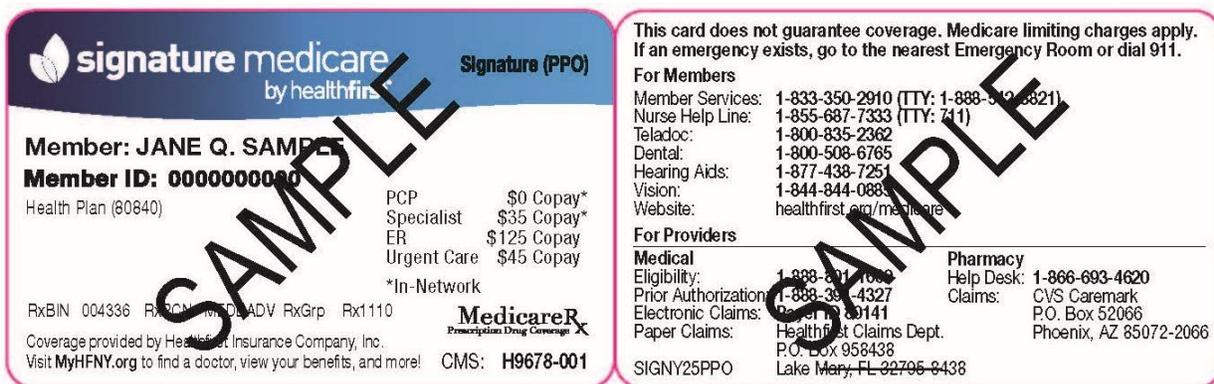
Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de un plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará al Plan Signature (PPO) de Healthfirst si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. El Plan Signature (PPO) de Healthfirst debe cancelar su membresía si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía del Plan Signature (PPO) de Healthfirst, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos por su cuenta. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le

puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios a los Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores/farmacias

En el *Directorio de proveedores/farmacias* [HFMedicareMaterials.org](https://www.hfmedicarematerials.org) enumera nuestros proveedores dentro de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos actuales. Los **proveedores dentro de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago completo.

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios estén cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, si acude a un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de sus servicios cubiertos puede ser mayor. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica.

En el *Directorio de proveedores/farmacias* en [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org) figuran las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de proveedores/farmacias* para encontrar una farmacia de la red que desee utilizar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

La lista más reciente de proveedores, distribuidores y farmacias está disponible en nuestro sitio web en [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org).

Si no tiene la copia del *Directorio de proveedores/farmacia*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios a los Miembros. Las solicitudes de *Directorios de proveedores/farmacias* en formato impreso se le enviarán en un plazo de tres días hábiles. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org).

Sección 3.3 Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Le informa qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Plan Signature (PPO) de Healthfirst. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos del Plan Signature (PPO) de Healthfirst.

La Lista de medicamentos le indica si existen normas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos cuando lo solicite. Para obtener la información más completa y actual sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan en [HFMedicareMaterials.org](https://www.healthfirst.com/medicare-materials) o llamar a Servicios a los Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para el Plan Signature (PPO) de Healthfirst

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para el Plan Signature (PPO) de Healthfirst.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare
--

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos recetados acreditable. La cobertura para medicamentos recetados acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en el Plan Signature (PPO) de Healthfirst, le informamos sobre el monto de la multa.

No tendrá que pagarla si se cumple lo siguiente:

- Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos recetados acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos recetados de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos recetados acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 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 2025, el monto promedio de la prima es de \$36.78.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% por \$36.78, lo que equivale a \$5.14. Esto se redondea a \$5.10. Este monto se agregará a **la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes para tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.

- 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, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si es menor de 65 y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un costo adicional, conocido como monto de ajuste mensual acorde al ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA. El costo adicional se calcula usando sus ingresos brutos ajustados modificados, tal como se informó en su declaración de impuestos del IRS hace dos años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos recetados.**

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

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

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual**Sección 5.1 Si usted tiene que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen diversas formas de hacerlo**

Existen cuatro maneras de pagar la multa. Puede llamar a Servicios a los Miembros para solicitar un cambio en la manera de pagar su multa mensual o para obtener más información o ayuda con otras opciones de pago.

Opción 1: Pagar con cheque

El pago vence el primer día del mes después de haber recibido su factura por correo. Puede efectuar su pago con cheque y enviarlo por correo a la siguiente dirección:

Healthfirst Insurance Company, Inc.
Healthfirst Signature (PPO)
LB 8418
P.O. Box 95000
Philadelphia, PA 19195-0001

Endose el cheque a nombre de “Healthfirst Insurance Company, Inc.” e incluya su número de miembro como referencia. No emita el cheque a nombre de “Medicare”, “CMS” ni “HHS”.

Opción 2: Pagar en línea con su cuenta de ahorros/corriente o con su tarjeta de débito o crédito

También puede pagar su factura en línea a través de su cuenta corriente o de ahorros, su tarjeta de crédito o su tarjeta de débito, en healthfirst.org/payments y mediante un pago único, o iniciar pagos automáticos (el pago se debitará automáticamente de su cuenta bancaria o de la tarjeta de crédito/débito cada ciclo de facturación). Si selecciona la opción de pago automático, el monto se debitará de su cuenta cada mes alrededor de la misma fecha en la que usted establezca su primer pago automático. Para recibir más información o ayuda para el pago de su factura en línea, por

favor, comuníquese con Servicios a los Miembros al número que figura en la portada de este documento.

Opción 3: Pagar por teléfono con su tarjeta de crédito o débito

También puede pagar su factura por teléfono con su tarjeta de crédito o su tarjeta de débito. Para pagar su factura por teléfono, comuníquese con Servicios a los Miembros al 1-833-350-2910 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-867-4132) de 8 a. m. a 8 p. m.: los 7 días de la semana de octubre a marzo, y de lunes a viernes de abril a septiembre. Asegúrese de tener a mano su tarjeta de membresía y una tarjeta de crédito/débito antes de llamar. Para recibir más información o ayuda para el pago de su factura por teléfono, comuníquese con Servicios a los Miembros al número que figura al dorso de este documento.

Opción 4: Que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma en que usted paga la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Si decide cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, puede demorar hasta tres meses en que su método de pago nuevo entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de que su multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios a los Miembros al número que figura al dorso de este documento.

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

El pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D debe recibirse en nuestra oficina el primer día del mes. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, dicha multa vence en nuestra oficina el primer día del mes.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeuda, comuníquese con Servicios a los Miembros con tiempo para ver si podemos dirigirle a programas que le ayudarán con sus costos.

Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?
--

No. No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la “Ayuda adicional”, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos recetados o de la Parte D.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, como su proveedor de atención primaria/grupo médico/Asociación de Prácticas Independientes (IPA, por sus siglas en inglés). Una asociación de prácticas independientes o IPA es una asociación organizada y propiedad de una red de prácticas médicas independientes.

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 están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de adultos mayores.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).

- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No tiene la obligación de comunicarle a su plan los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna parte de esta información cambia, llámenos a Servicios a los Miembros o visítenos en el portal para miembros en MyHFNY.org.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que recojamos información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

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 a Servicios a los Miembros. Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador principal, y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.

- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación para trabajadores

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Signature (PPO) de Healthfirst (cómo ponerse en contacto con nosotros y cómo comunicarse con Servicios a Miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios a los Miembros del plan

Para obtener asistencia con las reclamaciones, la facturación o la tarjeta de miembro, llame o escriba Servicios a los Miembros de Signature (PPO) de Healthfirst. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto de Servicios a los Miembros
LLAME AL	1-833-350-2910 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Servicios a los Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	1-888-867-4132 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 8 a. m. a 8 p. m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
ESCRIBIR	Healthfirst Medicare Plan Member Services P.O. Box 5165 New York, NY 10274-5165
SITIO WEB	healthfirst.org/signature-plan-ppo

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o la cantidad que le pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre la solicitud de decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisiones de cobertura.

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre atención médica
LLAME AL	1-888-394-4327 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m.
TTY	1-888-867-4132 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m.
ESCRIBIR	Healthfirst Medicare Plan Provider Services Intake Department P.O. Box 5166 New York, NY 10274-5166
SITIO WEB	healthfirst.org/medicare-coverage

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para apelaciones sobre atención médica
LLAME AL	Para apelaciones estándar: 1-833-350-2910 De 8:00 a. m. a 8:00 p. m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Para apelaciones aceleradas (rápidas): 1-877-779-2959 De 8:00 a. m. a 8:00 p. m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.
TTY	1-888-867-4132 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Método	Información de contacto para apelaciones sobre atención médica
ESCRIBIR	Healthfirst Medicare Plan Appeals and Grievances Unit P.O. Box 5166 New York, NY 10274-5166
SITIO WEB	healthfirst.org/medicare-coverage

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para las quejas sobre la atención médica
LLAME AL	Para quejas estándar: 1-833-350-2910 De 8:00 a. m. a 8:00 p. m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Para quejas aceleradas (rápidas): 1-877-779-2959 De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.
TTY	1-888-867-4132 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
ESCRIBIR	Healthfirst Medicare Plan Appeals and Grievances Unit P.O. BOX 5166 New York, NY 10274-5166
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre el Plan Signature (PPO) de Healthfirst directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con respecto al monto que pagaremos por los medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre la solicitud de decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D
LLAME AL	1-833-350-2910 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBIR	CVS Caremark Part D Services MC109 P.O. Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	healthfirst.org/medicare-coverage

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Información de contacto para quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D
LLAME AL	1-833-350-2910 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-866-217-3353
ESCRIBIR	CVS Caremark Medicare Part D Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
SITIO WEB	Puede enviar una queja sobre el Plan Signature (PPO) de Healthfirst directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor o farmacia) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor o farmacia. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Información de contacto para solicitudes de pago de las facturas por servicios médicos de la Parte C
LLAME AL	1-833-350-2910 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Método	Información de contacto para solicitudes de pago de las facturas por servicios médicos de la Parte C
TTY	1-888-867-4132 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
ESCRIBIR	Healthfirst Medicare Plan Claims Department P.O. Box 5165 New York, NY 10274-5165
SITIO WEB	es.healthfirst.org/medicare

Método	Información de contacto para solicitudes de pago de las facturas de medicamentos recetados de la Parte D
LLAME AL	1-833-350-2910 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
ESCRIBIR	CVS Caremark Paper Claims Department – RxClaim P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	es.healthfirst.org/medicare

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

Medicare es el programa federal de seguros médicos 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). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB	<p data-bbox="469 281 727 317">www.Medicare.gov</p> <p data-bbox="469 323 1409 684">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 adultos mayores, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción de Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="521 695 1409 1062" style="list-style-type: none"><li data-bbox="521 695 1409 804">• Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare): ofrece información sobre la condición de elegibilidad para Medicare.<li data-bbox="521 810 1409 1062">• Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare): brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un valor <i>estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="469 1073 1409 1146">También puede utilizar el sitio web para presentar ante Medicare cualquier queja que tenga acerca del Plan Signature (PPO) de Healthfirst:</p> <ul data-bbox="521 1157 1409 1377" style="list-style-type: none"><li data-bbox="521 1157 1409 1377">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede enviar una queja sobre el Plan Signature (PPO) de Healthfirst directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="469 1388 1409 1640">Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguro Médico (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP).

EL HIICAP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local y gratuito sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare.

Los consejeros del HIICAP pueden ayudarle a que entienda sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y ayudarle a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros del HIICAP también pueden ayudarle con las preguntas o problemas de Medicare y ayudarle a que entienda sus opciones de planes de Medicare, y a responder las preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.shiphelp.org/ (haga clic en SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DE SHIP] en el medio de la página).
- Seleccione su ESTADO de la lista. Lo llevará a una página que tiene los números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Información de contacto del Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguro Médico (HIICAP) (SHIP de Nueva York)
LLAME AL	1-800-701-0501 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

Método	Información de contacto del Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguro Médico (HIICAP) (SHIP de Nueva York)
ESCRIBIR	<p>Condado de Nassau: Nassau County Department of Senior Citizen Affairs 60 Charles Lindbergh Boulevard, Suite #260 Uniondale, NY 11553-3691 seniors@hhsnassaucountyny.us</p> <p>Ciudad de Nueva York: New York City Department for the Aging Office of Public Affairs 2 Lafayette Street New York, NY 10007 nyc.gov/html/mail/html/mailedfta.html</p> <p>Condado de Rockland: Rockland County Office for the Aging 50 Sanatorium Road, Bldg. B Pomona, NY 10970 http://rocklandgov.com/contact-us/</p> <p>Condado de Suffolk: Office for the Aging H. Lee Dennison Building 100 Veterans Memorial Highway Hauppauge, NY 11788-0099 aging.office@suffolkcountyny.gov</p> <p>Condado de Westchester: Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550-3414 https://seniorcitizens.westchestergov.com/senior-programs-and-services/contact-us</p>
SITIO WEB	aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Y para Nueva York, dicha Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que Medicare les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- 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 de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Información de contacto de Livanta (organización para la mejora de la calidad del estado de Nueva York)
LLAME AL	1-866-815-5440 Horario de atención: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; sábados y domingos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.; servicio de correo de voz disponible las 24 horas.
TTY	1-866-868-2289 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBIR	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com/en/states/new_york

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del

Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Información de contacto del Seguro Social
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Programa para beneficiarios calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas y otros costos compartidos de la Parte A y la Parte B de Medicare (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Programa para individuos calificados (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.

- **Programa para trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.
- **Doblemente elegible con todos los beneficios (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** ayuda a pagar las primas de la Parte B de Medicare, en algunos casos, las primas de la Parte A de Medicare y los beneficios completos de Medicaid.

Para averiguar más sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Programa Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Método	Información de contacto del Programa Medicaid del Departamento de Salud del estado de Nueva York
TELÉFONO/SITIO WEB	<p>Condado de Nassau: Medicaid: 1-516-227-8000 Sitio web: www.nassaucountyny.gov/1923/Medicaid</p> <p>Ciudad de Nueva York: Línea de ayuda de Medicaid de la Administración de Recursos Humanos (HRA): 1-888-692-6116 o 1-718-557-1399 Sitio web: www1.nyc.gov/site/ochia/coverage-care/medicaid.page</p> <p>Condado de Rockland: Unidad de Medicaid: 1-845-364-3040 Sitio web: rocklandgov.com/departments/social-services/eligibility-programs/#medical</p> <p>Condado de Suffolk: Medicaid: 1-631-852-3570 o 1-631-853-8404 Sitio web: www.suffolkcountyny.gov/Departments/Social-Services/Medicaid</p> <p>Condado de Westchester: Centro de información general/gestión de casos (CMIC): 1-914-995-5000 o 1-914-995-3333 Sitio web: http://rocklandgov.com/departments/social-services/eligibility-programs/#medical Las llamadas a estos números son gratuitas.</p>

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

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados 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 recetados. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta. No tendrá que enviar una solicitud. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos recetados. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame:

Es posible que usted pueda obtener “Ayuda adicional” para pagar las primas y costos de sus medicamentos recetados. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 o
- A su Oficina Estatal de Medicaid. (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento recetado está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan tiene un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Debe llamar a Servicios a los Miembros al número de teléfono que figura al dorso de este documento y proporcionarnos las mejores pruebas que tenga disponibles para respaldar su nivel correcto de copago. Algunos ejemplos de esto incluyen, entre otros, una prueba de cobertura de Medicaid o una carta de asignación de la Administración del Seguro Social. Puede enviarnos su documentación por fax al 1-212-801-3250 o por correo a la siguiente dirección:

Healthfirst Member Services
P.O. Box 5165
New York, NY 10274-5165

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Póngase en contacto con Servicios a los Miembros si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar medicamentos recetados, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

¿Qué ocurre si tiene cobertura de “Ayuda adicional” de un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia en los costos compartidos de medicamentos recetados a través de los Programas de atención médica sin seguro para el VIH.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a los programas de atención médica para personas con VIH que no tienen seguro, ADAP, al 1-800-542-2437 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-844-682-4058) de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos recetados de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En el estado de Nueva York, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el programa Cobertura de Seguro de Productos Farmacéuticos para Personas Mayores (EPIC, por sus siglas en inglés).

Método	Información de contacto de la Cobertura de Seguro de Productos Farmacéuticos para Personas Mayores (EPIC) (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica del estado de Nueva York)
LLAME AL	1-800-332-3742 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	1-800-290-9138 Este número necesita un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBIR	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 Correo electrónico: nysdohepic@magellanhealth.com
SITIO WEB	www.health.ny.gov/health_care/epic

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago nueva que funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos entre los **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no permite ahorrar dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.** La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, tiene más ventajas que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	Información de contacto del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare
LLAME AL	1-888-698-0577 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Servicios a los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.

Método	Información de contacto del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
ESCRIBIR	CVS Caremark Part D Services P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
SITIO WEB	www.caremark.com/mppp

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación de empleados ferroviarios

La Junta de jubilación de empleados ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de jubilación de empleados ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de jubilación de empleados ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación de empleados ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación de empleados ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios a los Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). (Los números de teléfono de Servicios a los Miembros figuran en la contratapa de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

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

CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar el plan para obtener
servicios médicos*

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

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos recetados y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga 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?

- **Los proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores dentro de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan

Como un plan de salud de Medicare, el Plan Signature (PPO) de Healthfirst debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y cumplir con las normas de cobertura de Medicare Original.

El Plan Signature (PPO) de Healthfirst, generalmente, cubrirá su atención médica siempre y cuando:

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted recibe atención de un proveedor que es elegible para proporcionar servicios a través de Medicare Original.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor dentro de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo).
 - Los proveedores de nuestra red figuran en el *Directorio de proveedores/farmacias* [HFMedicareMaterials.org](https://www.hfmedicarematerials.org).
 - Si consulta a un proveedor fuera de la red, es posible que la parte que le corresponda de los costos por los servicios cubiertos sea mayor.
 - Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en el caso de la atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que sean elegibles para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Cómo utilizar proveedores dentro de la red y fuera de la red para obtener su atención médica

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

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

Sin embargo, como miembro de nuestro plan, no tiene que elegir un PCP de la red, **pero le recomendamos que elija uno y que nos informe quién eligió.** Su PCP puede ayudarle a mantenerse saludable, tratar enfermedades y coordinar su atención con otros proveedores de cuidado de la salud.

¿Qué tipo de proveedores puede actuar como PCP?

- Médico general
- Internista
- Médico de familia
- Geriatra

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- Asistente médico
- Personal de enfermería con práctica médica

Consulte su *Directorio de proveedores/farmacias* o visite nuestro sitio web en [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org) para obtener una lista completa de los PCP de su área.

¿Cuál es el papel de un PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

Su PCP proporcionará la mayor parte de su atención y cuando necesite servicios más especializados, este coordinará su atención con otros proveedores. Le ayudará a encontrar un especialista y organizará los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Algunos de los servicios que el PCP coordinará incluyen los siguientes:

- Radiografías.
- Pruebas de laboratorio.
- Terapias.
- Atención de médicos especialistas.
- Admisiones hospitalarias.

“Coordinar” sus servicios incluye consultar a otros proveedores del plan sobre su atención y cómo está progresando. Dado que su PCP proporcionará y coordinará la mayor parte de su atención médica, le recomendamos que tenga los registros médicos anteriores que le hayan enviado al consultorio de su PCP.

¿Cuál es el papel del PCP para tomar decisiones sobre la autorización previa o cómo obtener una?

En algunos casos, es posible que su PCP u otro proveedor o usted como la persona inscrita (miembro) necesiten obtener la aprobación por adelantado para determinados tipos de servicios o pruebas (esto se denomina obtener una “autorización previa”). Obtener autorización previa es responsabilidad del PCP, el proveedor a cargo del tratamiento o usted como miembro. Los servicios y los artículos que requieren autorización previa figuran en el Capítulo 4. No se requiere autorización previa para los servicios cubiertos recibidos fuera de la red; sin embargo, si luego determinamos que los servicios que recibió no estaban cubiertos o no eran médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted será responsable del costo total. Usted o su médico pueden solicitar una decisión de cobertura previa a la visita, denominada predeterminación, para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios llamando a Servicios a los Miembros (los números de teléfono están impresos al dorso de este documento).

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

¿Cómo elige al PCP?

Puede seleccionar su PCP usando el *Directorio de proveedores/farmacias*, a través de nuestro sitio web en [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org) o solicitando ayuda a través de Servicios a los Miembros (los números de teléfono figuran al dorso de este manual).

Puede cambiar de PCP (como se explica más adelante en esta sección) por cualquier motivo y en cualquier momento, llamando a Servicios a los Miembros (los números de teléfono figuran al dorso de este manual) para informar el PCP que eligió.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y que tenga que encontrar un PCP nuevo en nuestro plan, o pagará más por los servicios cubiertos.

Para cambiar de PCP, llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono figuran al dorso de este documento) antes de programar una cita con un PCP nuevo. Cuando llame, asegúrese de comunicar a Servicios a los Miembros si consulta a especialistas o si actualmente recibe otros servicios cubiertos coordinados por su PCP (como servicios de atención médica a domicilio y equipo médico duradero). Ellos comprobarán si el PCP al que desea cambiarse está aceptando pacientes nuevos. Servicios a los Miembros cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su PCP nuevo, le informará la fecha de entrada en vigencia de su solicitud de cambio y responderá a sus preguntas sobre el cambio.

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 con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

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

No necesita obtener una remisión para los servicios cubiertos. En nuestro Directorio de proveedores enumeramos los proveedores que participan en nuestro plan. Puede usar proveedores de la red o proveedores fuera de la red. Sin embargo, sus costos pueden ser más altos si utiliza proveedores fuera de la red.

Algunos servicios requieren autorización previa de proveedores de la red. No se requiere autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios con proveedores fuera de la red, puede confirmar con nosotros que los servicios

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

que está recibiendo están cubiertos y son médicamente necesarios. Si luego determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted será responsable del costo total. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que es elegible para participar en el programa federal de Medicare. Tenga en cuenta que no podemos pagarle a un proveedor que haya optado por no participar en el programa de Medicare.

Consulte el Capítulo 4 (Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga) para obtener más información sobre cuáles serán sus costos.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está designado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar con la atención.
- Si actualmente está realizando terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, continuar con las terapias o los tratamientos médicamente necesarios que está recibiendo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Debe obtener autorización previa del plan antes de recibir atención que no sea de emergencia de un proveedor fuera de la red.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- Si se entera de que su médico o especialista deja el plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un proveedor nuevo para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la QIO, un reclamo de calidad de la atención al plan, o ambas opciones. Consulte el Capítulo 9.

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

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen la obligación de atenderlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro de la red o fuera de la red, siempre y cuando los servicios estén cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, **si consulta a un proveedor fuera de la red, es posible que su parte de los costos de los servicios cubiertos sea mayor**. Aquí hay otros aspectos importantes que debe saber sobre cómo utilizar proveedores fuera de la red:

- Puede obtener atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en el caso de la atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que sean elegibles para participar en Medicare.
- No es necesario obtener un referido o una autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios con proveedores fuera de la red, puede solicitar una decisión de cobertura previa para confirmar que los servicios que está recibiendo están cubiertos y son médicamente necesarios. (Para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura, consulte la Sección 4 del Capítulo 9). Esto es importante por lo siguiente:
 - Sin una decisión de cobertura previa a la consulta, si posteriormente determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja*) para averiguar cómo presentar una apelación.
- Es mejor solicitarle al proveedor fuera de la red que facture primero al plan. Sin embargo, si usted ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo por los servicios cubiertos. O bien, si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que deberíamos pagar, puede enviárnosla para que la abonemos. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos lo que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o*

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

medicamentos cubiertos) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.

- Si utiliza un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios de urgencia o diálisis fuera del área, es posible que no deba pagar un monto de costo compartido más alto. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre estas situaciones.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica**¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?**

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No necesita usar un médico de la red. Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierto cada vez que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con licencia estatal adecuada, incluso si no forman parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame a Servicios a los Miembros al 1-833-350-2910 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-867-4132), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Esta información también figura al dorso de su tarjeta de identificación médica del Plan Signature (PPO) de Healthfirst y al dorso de esta Evidencia de cobertura.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Después de que haya pasado la emergencia, usted tiene derecho a la atención de seguimiento para asegurarse de que su condición permanece estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe la atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido más alto fuera de la red.

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

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

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, el monto de costos compartidos que usted paga dependerá de si obtiene la atención de proveedores dentro de la red o proveedores fuera de la red. Si obtiene el cuidado de proveedores dentro de la red, la parte que le corresponde de los costos será, por lo general, menor que si obtiene la atención de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios
--

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o bien, no es razonable, teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

¿Qué sucede si está en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

En la mayoría de las situaciones, si usted está en el área de servicio del plan y utiliza un proveedor fuera de la red, pagará una parte más alta de los costos de su atención.

Si necesita encontrar un centro de atención de urgencia, puede encontrar el más cercano dentro de la red usando el *Directorio de proveedores/farmacias*, en nuestro sitio web en HFDocFinder.org o puede solicitar ayuda de Servicios a los Miembros (los números de teléfono figuran al dorso de este documento).

¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede obtener la atención de un proveedor dentro de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor al monto de costo compartido más bajo dentro de la red.

Nuestro plan también cubre servicios en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Atención de emergencia
- Atención de urgencia
- Transporte de emergencia en ambulancia desde la escena de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano.

El transporte de vuelta a los EE. UU. desde otro país no está cubierto. Los procedimientos electivos o programados con antelación no están cubiertos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita servicios de emergencia y atención de urgencia. Si tiene una emergencia o una necesidad de atención de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar esos servicios por adelantado y solicitarnos el reembolso correspondiente.

Para aquellos servicios de emergencia y de atención de urgencia cubiertos y médicamente necesarios recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios, el Plan Signature (PPO) de Healthfirst determinará el reembolso de los servicios cubiertos médicamente necesarios en función de los cargos razonables (del mercado local), el tipo de cambio, cuando se requiera, y la categoría de beneficio aplicable. Usted puede ser responsable de su costo compartido por esos servicios cubiertos. Dado que los proveedores extranjeros podrían cobrar más por los servicios que las

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

tarifas que Original Medicare pagaría, el total de nuestro reembolso por esos servicios puede ser menor que los montos que usted pagó al proveedor extranjero.

Se le reembolsará en función del servicio cubierto prestado menos el monto de costo compartido aplicable. Esto representa el pago total. Usted puede ser responsable de los montos que superen nuestro monto de pago. Si elige recibir servicios no cubiertos, usted es responsable del cargo total asociado con el servicio no cubierto. La cobertura en todo el mundo para atención de urgencia y emergencia es un beneficio complementario que Medicare no suele cubrir.

Debe presentar un comprobante de pago a Healthfirst para obtener un reembolso. Consulte el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*) para obtener más información. Si usted ya ha pagado los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo por los servicios cubiertos. Puede enviarnos la factura con los registros médicos y otra documentación requerida para que consideremos el pago. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos lo que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.healthfirst.org/medicare para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos**Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total**

El Plan Signature (PPO) de Healthfirst cubre todos los servicios médicamente necesarios según la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan, usted tiene la responsabilidad de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se haya alcanzado un límite de beneficios para los servicios que no son complementarios, los costos incurridos después del límite de beneficios se tendrán en cuenta para su máximo de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?**Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?**

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. 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 desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos informe o que obtenga la aprobación de nosotros o de su PCP. *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. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios a cargo de nuestro plan que incluyan, como componente, un ensayo clínico o un registro para

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios específicos en virtud de determinaciones de cobertura nacionales que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED, por sus siglas en inglés) y estudios de exención con dispositivos de investigación (IDE, por sus siglas en inglés) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica con cobertura de Original Medicare para las personas inscritas en Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si usted participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *será responsable del pago de todos los costos por su participación en el estudio.*

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, Original Medicare cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, 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.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

A continuación, le presentamos un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que usted se realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte de un estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Original Medicare. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios que habitualmente proporcionan los patrocinadores de la investigación sin cargo para cualquier afiliado en el ensayo.

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica)*. (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica**Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de cuidado no médico de la salud?**

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de cuidado no médico de la salud

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 **no exceptuado**.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son 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 son 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 los servicios de esta institución que le son provistos en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - —y— debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que le admitan en el centro o su estadía no estará cubierta.

Las estadías aprobadas serán las mismas que para la atención hospitalaria para pacientes internados (consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4 para obtener más información). La cobertura de este beneficio es ilimitada.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

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

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Signature (PPO) de Healthfirst, por lo general, usted no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de los copagos que abone por el artículo mientras sea

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME en Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicios a los Miembros para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Usted tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento**¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, el Plan Signature (PPO) de Healthfirst cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si abandona el Plan Signature (PPO) de Healthfirst o ya no necesita equipo de oxígeno, debe devolverlo.

¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer con la misma empresa o irse a otra empresa. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

misma empresa, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

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

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

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos que detalla sus servicios cubiertos e indica cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro del Plan Signature (PPO) de Healthfirst. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios. Consulte su **Guía de limitaciones y exclusiones de beneficios dentales de Medicare de Healthfirst** para obtener más información sobre los servicios dentales cubiertos, incluidas las frecuencias, las limitaciones y las exclusiones.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos
--

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- 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. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si cree que se le está pidiendo que pague de manera indebida, comuníquese con Servicios a los Miembros.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que usted pagará por los servicios cubiertos de las Partes A y B de Medicare?

Según nuestro plan, hay dos límites diferentes sobre lo que debe pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- Su **monto máximo de bolsillo dentro de la red** es de \$5,000. Este es el máximo que usted paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare recibidos de proveedores dentro de la red. Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos de proveedores dentro de la red se tienen

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

en cuenta para este monto máximo de bolsillo dentro de la red. Los montos que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D y los servicios de proveedores fuera de la red no se tienen en cuenta para el monto máximo de bolsillo dentro de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios, incluida la atención de emergencia/urgencia/transporte en todo el mundo y los audífonos no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Estos servicios están marcados con una cruz (+) en la Tabla de beneficios médicos. Si ha pagado \$5,000 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de los proveedores dentro de la red, usted no tendrá ningún gasto de bolsillo el resto del año cuando consulte a nuestros proveedores dentro de la red. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

- Su **monto máximo de bolsillo combinado** es de \$8,000. Esto es el máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B del plan de Medicare recibidos de proveedores dentro de la red y fuera de la red. Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para este monto máximo de bolsillo combinado. Los montos que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo de bolsillo combinado. Además, los montos que paga por algunos servicios, incluida la atención de emergencia/urgencia/transporte en todo el mundo, los audífonos y los servicios dentales fuera de la red no se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con una cruz (+) en la Tabla de beneficios médicos. Si ha pagado \$8,000 por los servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no tendrá ningún gasto de bolsillo durante el resto del año para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen saldos

Como miembro de Signature (PPO) de Healthfirst, usted cuenta con una protección importante: solo debe pagar el monto de costos compartidos que le corresponde cuando utiliza proveedores dentro de la red para obtener los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores dentro de la red le “facturen saldos”. Aunque paguemos menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, el proveedor dentro de la red no puede facturarle el saldo. El proveedor dentro de la red podrá cobrar solo el monto de costos compartidos del plan (es decir, copago, coseguro, deducible) de usted y no se le permite que le cobre o facture más por servicios cubiertos.

En algunos casos, los proveedores fuera de la red pueden facturarle por servicios cubiertos. Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no acepta la asignación de Medicare, usted será responsable del costo compartido del plan, además de cualquier diferencia entre el monto que pagamos al proveedor y el cargo límite de Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

**Nota: definimos el cargo límite de Medicare en el Capítulo 12:*

Cargo límite de Medicare: Un cargo límite es el monto que supera el monto aprobado por Medicare que los proveedores que no participan (fuera de la red) pueden cobrar. Estos proveedores aceptan Medicare, pero no aceptan el monto aprobado por Medicare para los servicios de atención médica como pago completo. El monto límite es de hasta un 15% por sobre el monto aprobado por Medicare.

SECCIÓN 2 Utilice la Tabla de beneficios médicos para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos que aparece en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre el Plan Signature (PPO) de Healthfirst y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare. El Plan Signature (PPO) de Healthfirst no cubre los servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no podrá exigir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene la aprobación por adelantado (a veces llamada “autorización previa”) del Plan Signature (PPO) de Healthfirst.
 - Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado para estar cubiertos como servicios dentro de la red están marcados en negrita en la Tabla de beneficios médicos.
 - Nunca necesita aprobación previa para recibir servicios de proveedores fuera de la red.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Si bien usted no necesita la aprobación previa para recibir servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Para los beneficios en los que sus costos compartidos son un porcentaje de coseguro, el monto que usted paga depende del tipo de proveedor que le brinde los servicios:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. Es posible que se apliquen cargos límites.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2025*). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.	
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. 	Copago de \$0 por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare	Copago de \$50 por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación)</p> <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (PA, por sus siglas en inglés), enfermeros practicantes (NP, por sus siglas en inglés)/especialistas en enfermería clínica (CNS, por sus siglas en inglés) (como se identificó en la sección 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y 		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación)</p> <p>Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.</p> <p>El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		
<p>Acupuntura (complementaria)</p> <p>Nuestro plan también cubre 12 consultas complementarias adicionales por año para otras afecciones, incluido el dolor crónico en la parte inferior de la espalda.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>	Copago de \$0 por servicios complementarios de acupuntura	Copago de \$50 por servicios complementarios de acupuntura

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solamente si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan.</p> <p>Si los servicios de ambulancia no están cubiertos para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p>Se requiere autorización previa para todos los servicios de ambulancia dentro de la red que no sean de emergencia. Los servicios de ambulancia que no sean de emergencia se consideran dentro de la red si los viajes se encuentran dentro del área de servicio del plan. En el caso de transporte que no sea de emergencia por medio de Basic Life Support (BLS) y Advanced Life Support (ALS), debe solicitar que su proveedor presente un Formulario de necesidad médica (MNF, por sus siglas en inglés) en el momento de programar una cita. BLS/ALS tiene un límite de distancia máximo de 50 millas por viaje de ida. Su proveedor puede llamar a Servicios a los Proveedores al 1-888-801-1660 (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:30 p. m.) y solicitar el formulario.</p>	<p>Copago de \$275 por servicios de ambulancia de ida o vuelta en los EE. UU.</p> <p>Copago de \$275 por servicios de ambulancia que no sean de emergencia en los EE. UU. (ida o ida y vuelta).</p>	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de ambulancia (continuación)</p> <p>Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios de ambulancia fuera de la red.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de ambulancia terrestre o aérea no se eximen si usted ingresa en el hospital.</p> <p>Transporte de emergencia en todo el mundo</p> <p>El transporte de emergencia desde la escena de una emergencia hasta el centro médico más cercano está cubierto en los EE. UU. y en todo el mundo (fuera de los EE. UU.). El transporte de vuelta a los EE. UU. desde otro país no está cubierto.</p> <p>Si tiene una necesidad de atención de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted debe pagar esos servicios por adelantado y solicitarlos el reembolso correspondiente. Para los servicios de transporte de emergencia médicamente necesarios y cubiertos recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios, Healthfirst determinará el reembolso en función de los cargos razonables del mercado local y el tipo de cambio (cuando se requiera). Dado que los proveedores extranjeros podrían cobrar más por los servicios en comparación con lo que Original Medicare pagaría, el total de nuestro reembolso por esos servicios puede ser menor que los montos que usted pagó al proveedor extranjero. Se le reembolsará en función del servicio cubierto prestado menos su costo compartido. Esto representa el pago total. Consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles.</p>	<p>Copago de \$275 por servicios de transporte de emergencia de ida fuera de los EE. UU.</p>	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de ambulancia (continuación)</p> <p><u>Si tiene doble o múltiple ciudadanía y tiene cobertura de seguro médico en otro país, la aseguradora de salud del país en el que se encuentra será su aseguradora de salud principal. Esto significa que si necesita un reembolso por servicios de transporte de emergencia, su aseguradora de salud primaria pagará primero (hasta los límites de su cobertura) y Healthfirst pagará segundo (si hay costos que su aseguradora de salud primaria no cubrió).</u></p> <p>Para recibir un reembolso por su atención fuera de los EE. UU., debe presentar un comprobante detallado de pago y un registro médico de la atención recibida a Healthfirst. Si la solicitud de reembolso es superior a \$5,000, también deberá presentar un comprobante de viaje que muestre la fecha de salida y la fecha de regreso a los Estados Unidos. Las solicitudes de reembolso se deben presentar en un plazo de un año a partir de la fecha de servicio. Use el formulario de reembolso para miembros del Plan Medicare de Healthfirst disponible en HFMedicareMaterials.org o llame a Servicios a los Miembros.</p> <p>Los servicios de atención de emergencia/urgencia en todo el mundo, incluidos los servicios de transporte, están sujetos a un límite de \$200,000 por año calendario como cobertura máxima de beneficios del plan.</p> <p>+El monto que paga por servicios de transporte de emergencia en todo el mundo no cuenta para su monto máximo de bolsillo.</p>		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de ambulancia (continuación)</p> <p>Consulte el Capítulo 7 (<i>Cómo solicitarnos que paguemos lo que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.</p>		
<p>Examen físico anual complementario</p> <p>Además de la consulta “Bienvenido a Medicare” y la consulta anual de bienestar, el plan cubre un examen médico anual una vez al año. El examen lo realiza un médico de atención primaria u otro médico clínico para recopilar información de salud y evaluar diferentes sistemas corporales. Los exámenes físicos anuales incluyen un examen más completo que una consulta anual de bienestar. Los servicios en un examen físico anual incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de sistemas corporales, como corazón, pulmón, cabeza y cuello, y neurológicos. • Medición y registro de signos vitales, como presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. • Revisión completa de los medicamentos recetados. • Revisión de cualquier hospitalización reciente. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.</p> <p>Los análisis de laboratorio, los exámenes de detección o los procedimientos que se soliciten como resultado de su examen físico anual complementario o que se realicen durante este estarán sujetos a los costos compartidos de su plan para estos servicios por separado. Consulte cada servicio por separado en esta Tabla de beneficios médicos.</p>	<p>Copago de \$50 por el examen físico anual</p> <p>Los análisis de laboratorio, los exámenes de detección o los procedimientos que se soliciten como resultado de su examen físico anual complementario o que se realicen durante este estarán sujetos a los costos compartidos de su plan para estos servicios por separado. Consulte cada servicio por separado en esta Tabla de beneficios médicos.</p>
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p> <p>Los análisis de laboratorio, los exámenes de detección o los procedimientos que se soliciten</p>	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Consulta anual de bienestar (continuación)</p> <p>prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>como resultado de su consulta anual de bienestar o que se realicen durante esta estarán sujetos a los costos compartidos de su plan para estos servicios por separado. Consulte cada servicio por separado en esta Tabla de beneficios médicos.</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 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>	
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.</p> <p>Para obtener información sobre el costo compartido de las mamografías de diagnóstico, consulte la sección Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios en esta tabla.</p>	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) (continuación) <ul style="list-style-type: none"> Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses 		
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos, con la orden médica, para los miembros que cumplen con determinadas condiciones. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Se requiere autorización previa para todos los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.	Copago de \$0 por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare	Copago de \$50 por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano. Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.	
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.	
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. • Manipulación extraespinal • Evaluación y servicios de gestión • Modalidades y procedimientos de medicina física • Radiografías Se requiere autorización previa para todos los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.	Copago de \$20 por servicios quiroprácticos complementarios y cubiertos por Medicare	Copago de \$50 por servicios quiroprácticos complementarios y cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertos las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para los pacientes en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. 	<p>Copago de \$0 por un examen de detección de cáncer colorrectal, un examen de diagnóstico o un enema de bario cubiertos por Medicare.</p>	<p>Copago de \$0 por examen de detección colorrectal cubierto por Medicare</p> <p>Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a un copago de \$60 por examen de detección de cáncer colorrectal de diagnóstico cubierto por Medicare (puede aplicarse un coseguro adicional del 30% de los cargos del centro).</p> <p>Coseguro del 50% para un enema de bario cubierto por Medicare</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tiene 45 años o más. Una vez, al menos, 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente:</p>	<p>Copago de \$0 por servicios dentales preventivos/de diagnóstico e integrales cubiertos con proveedores participantes de DentaQuest</p>	<p>Copago de \$0-\$20 por servicios dentales preventivos cubiertos Copago de \$0-\$100 por servicios dentales integrales cubiertos</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Servicios preventivos/de diagnóstico (los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales de rutina: 2 exámenes cada 12 meses • Limpiezas de rutina: 2 limpiezas cada 12 meses • Tratamientos con flúor: 2 tratamientos cada 12 meses • Radiografías dentales: <ul style="list-style-type: none"> ○ Radiografía de boca completa: 1 cada 36 meses ○ Radiografía intrabucal periapical: 1 cada 12 meses ○ Radiografía de aleta de mordida: 1 cada 12 meses ○ Radiografía panorámica: 1 cada 36 meses <p>Servicios integrales (los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Empastes (compuesto o amalgama): 1 cada 24 meses por diente ○ Limpiezas profundas (periodontal): 1 cada 24 meses, por cuadrante ○ Tratamientos de conducto: 1 por diente, de por vida ○ Coronas: 1 cada 60 meses, por diente ○ Extracciones: 1 por pieza dental, de por vida ○ Dentaduras postizas (completas o parciales): 1 cada 60 meses 		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ajustes de dentaduras postizas: 2 cada 12 meses, mismo arco dentario (esta es la cantidad de veces que se le permite ajustar sus dentaduras postizas después de recibir su servicio inicial de dentadura postiza completa o parcial. Es posible que se requieran ajustes de dentaduras postizas con el tiempo para asegurarse de que se ajusten correctamente a su boca). <p>El plan pagará hasta \$1,500 por año por servicios preventivos/de diagnóstico e integrales combinados. Usted es responsable de cualquier monto por encima del límite de cobertura dental.</p> <p>Acceso a los beneficios dentales:</p> <p>Su plan de Healthfirst permite la cobertura dental tanto dentro como fuera de la red. Para encontrar un dentista dentro de la red, utilice la herramienta “Buscar un dentista” en el sitio web de Healthfirst, HFDocFinder.org, o comuníquese con Servicios a los Miembros llamando al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Healthfirst. También puede solicitar una lista de proveedores dentales dentro de la red.</p> <p>Los servicios dentales de urgencia están cubiertos solo cuando se reciben a través de un proveedor dental participante. Si tiene una emergencia médica, visite un departamento de emergencias. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier otra</p>		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios dentales (continuación) persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>Consulte su Guía de Limitaciones y Exclusiones de Beneficios Dentales de Medicare de Healthfirst para obtener más detalles sobre su cobertura dental, frecuencias y limitaciones en HFMedicareMaterials.org. Los dentistas de la red participan en la red de DentaQuest. Todos los demás dentistas se consideran dentistas fuera de la red.</p> <p>Se requiere autorización previa. Esta es responsabilidad de su proveedor. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p> <p>+El monto que usted paga por servicios dentales fuera de la red no se cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>		
<p> Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.	
<p> Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Prueba de detección de diabetes (continuación)</p> <p>alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>		
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para exámenes de diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. ○ Para las personas con diabetes que tienen la enfermedad de pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos con moldes personalizados (por ejemplo, plantillas provistas con dichos zapatos) por año calendario, y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no se incluyen las plantillas extraíbles no personalizadas provistas con dichos zapatos). La cobertura incluye adaptación. 	<p>Copago de \$0 para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare, lancetas, dispositivos de punción, calzado terapéutico, glucómetros y tiras reactivas Contour/Contour Next</p> <p>Copago de \$0 por glucómetros y tiras reactivas que no sean Contour/Contour Next, con una excepción médica aprobada</p>	<p>Coseguro del 50% para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare, lancetas, dispositivos de punción, calzado terapéutico, medidores de glucosa y tiras reactivas Contour/Contour Next</p> <p>50% de coseguro para glucómetros y tiras reactivas que no sean Contour/Contour Next, con una excepción médica aprobada</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para exámenes de diabetes (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Suministros para controlar su nivel de glucosa sanguínea. Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, soluciones para el control de la glucosa para controlar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. ○ Los miembros pueden obtener suministros para la diabetes con la receta de un proveedor de atención médica. ○ Quienes usan insulina pueden obtener hasta 300 tiras reactivas y 300 lancetas cada 3 meses. Quienes no usan insulina pueden obtener hasta 100 tiras reactivas y 100 lancetas cada 3 meses. Pueden obtenerse suministros adicionales para pruebas de diabetes si son médicamente necesarios con autorización previa. <p>Cubrimos los suministros para pruebas de diabetes fabricados por Ascensia/Bayer (productos Contour y Contour Next). Cubrimos exclusivamente los glucómetros y las tiras reactivas Contour y Contour Next. No cubrimos otras marcas y fabricantes de glucómetros y tiras reactivas, a menos que usted o su proveedor soliciten una excepción médica y se apruebe. Si se aprueba la excepción médica, se aplicará el costo compartido correspondiente.</p>		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para exámenes de diabetes (continuación)</p> <p>No se cubrirán los glucómetros y las tiras reactivas que no sean Contour y Contour Next sin una excepción médica, o una excepción médica que no esté aprobada.</p> <p>Se requiere autorización previa. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		
<p>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados</p> <p>(En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de equipo médico duradero).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>También se cubren los glucómetros continuos (CGM, por sus siglas en inglés), los receptores y sus suministros y accesorios necesarios, si son médicamente necesarios.</p> <p>Las marcas y los fabricantes de DME pueden limitarse a aquellos seleccionados por nuestros proveedores de DME contratados. La lista más reciente de proveedores de DME está disponible en nuestro sitio web en HFDocFinder.org.</p>	<p>Coseguro del 0% para los glucómetros continuos y sus suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% para todos los demás equipos médicos duraderos y suministros relacionados cubiertos por Medicare</p> <p>Coseguro del 20% para alquiler de equipos de oxígeno cubiertos por Medicare cada mes (no cambia después de 36 meses)</p>	<p>Coseguro del 50% para los glucómetros continuos y sus suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 50% para todos los demás equipos médicos duraderos y suministros relacionados cubiertos por Medicare</p> <p>Coseguro del 50% para alquiler de oxígeno cubiertos por Medicare cada mes (no cambia después de 36 meses)</p> <p>Si utiliza un proveedor de DME que no participa en Medicare, puede incurrir en cargos adicionales.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Por lo general, el Plan Signature (PPO) de Healthfirst cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y los fabricantes que figuran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en el Plan Signature (PPO) de Healthfirst y utiliza una marca de DME que no aparece en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca durante un plazo de hasta 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días.</p> <p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Atención de emergencia (médica)</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>Los tratamientos planificados previamente (incluida la diálisis para una afección en curso) y los procedimientos programados no están cubiertos como servicios de emergencia. Los servicios prestados por un dentista no están cubiertos como servicios de emergencia médica.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red.</p> <p>Atención de emergencia en todo el mundo</p> <p>La atención de emergencia tiene cobertura en los EE. UU. y en todo el mundo (fuera de los EE. UU.). Los siguientes servicios no están cubiertos:</p>	<p>Copago de \$125 por servicios de emergencia cubiertos en los Estados Unidos y en todo el mundo (fuera de los EE. UU.)</p> <p>El copago no se aplica si le ingresan en un hospital de los EE. UU. en un plazo de 24 horas después de recibir atención de emergencia.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que se estabilice su afección de emergencia, es posible que deba pagar costos compartidos fuera de la red para la atención de pacientes internados (consulte los servicios pertinentes en este capítulo), O BIEN debe regresar a un hospital de la red para que su atención esté cubierta con los costos compartidos dentro de la red para la atención para pacientes internos.</p>	<p>Copago de \$125 por servicios de emergencia cubiertos en los Estados Unidos y en todo el mundo (fuera de los EE. UU.)</p> <p>El copago no se aplica si le ingresan en un hospital de los EE. UU. en un plazo de</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Atención de emergencia (médica) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de seguimiento • Servicios proporcionados por un dentista • Transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país • Gastos no relacionados con la atención de emergencia, como ingresos perdidos, comestibles, gastos imprevistos, alojamiento fuera del hospital, cargos de bancos en el extranjero <p>Si tiene una emergencia o una necesidad de atención de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, debe pagar esos servicios por adelantado y solicitarnos el reembolso correspondiente. Para los servicios de emergencia cubiertos médicamente necesarios recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios, Healthfirst determinará el reembolso en función de los cargos razonables del mercado local y el tipo de cambio (cuando se requiera). Dado que los proveedores extranjeros podrían cobrar más por los servicios en comparación con lo que Original Medicare pagaría, el total de nuestro reembolso por esos servicios puede ser menor que los montos que usted pagó al proveedor extranjero. Se le reembolsará en función del servicio cubierto prestado menos su costo compartido. Esto representa el pago total. Consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles.</p>	<p>24 horas después de recibir atención de emergencia.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que se establezca su afección de emergencia, es posible que deba pagar costos compartidos fuera de la red para la atención de pacientes internados (consulte los servicios pertinentes en este capítulo), O BIEN debe regresar a un hospital de la red para que su atención esté cubierta con los costos compartidos dentro de la red para la atención para pacientes internos.</p>	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Atención de emergencia (médica) (continuación)</p> <p><u>Si tiene doble ciudadanía o múltiple ciudadanía y tiene cobertura de seguro médico en otro país, la aseguradora de salud en el país en el que se encuentre será su aseguradora de salud principal. Esto significa que si necesita un reembolso por servicios de emergencia médica, su aseguradora de salud primaria pagará primero (hasta los límites de su cobertura) y Healthfirst pagará segundo (si hay costos que su aseguradora de salud primaria no cubrió).</u> Para recibir un reembolso por su atención fuera de los EE. UU., debe presentar un comprobante detallado de pago y un registro médico de la atención recibida a Healthfirst. Si la solicitud de reembolso es superior a \$5,000, también deberá presentar un comprobante de viaje que muestre la fecha de salida y la fecha de regreso a los Estados Unidos. Las solicitudes de reembolso se deben presentar en un plazo de un año a partir de la fecha de servicio. Use el formulario de reembolso para miembros del Plan Medicare de Healthfirst disponible en HFMedicareMaterials.org o llame a Servicios a los Miembros.</p> <p>Los servicios de atención de emergencia/urgencia en todo el mundo, incluidos los servicios de transporte, están sujetos a un límite de \$200,000 por año calendario como cobertura máxima de beneficios del plan.</p> <p>+El monto que paga por servicios de atención de emergencia en todo el mundo no cuenta para su monto máximo de bolsillo.</p>		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Atención de emergencia (médica) (continuación)</p> <p>Consulte el Capítulo 7 (<i>Cómo solicitarnos que paguemos lo que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.</p>		
<p>Beneficio de acondicionamiento físico</p> <p>Los servicios cubiertos para el acondicionamiento físico incluyen acceso a centros de acondicionamiento físico dentro de la red y clases grupales, programas de ejercicio en el hogar en vivo y a pedido. Determinados equipos de acondicionamiento físico para el hogar y determinados monitores de registro de actividad son beneficios cubiertos por la tarjeta Flex. Consulte la fila de la tarjeta Flex en esta tabla para obtener más información.</p> <p>Los siguientes no son beneficios cubiertos y no son elegibles para reembolso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipos, ropa, vitaminas u otros productos o servicios ofrecidos por centros dentro de la red o fuera de la red. • Afiliaciones en centros que no sean de la red (incluidos clubes de campo, clínicas para pérdida de peso, spas, clubes de tenis u otros centros similares). • Afiliaciones de por vida en cualquier centro. 		Copago de \$0 para acceder a centros de acondicionamiento físico de la red y clases grupales, programas de ejercicio en el hogar en vivo y a pedido.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Tarjeta Flex</p> <p>Su plan ofrece una asignación de \$725 por año para los costos de bolsillo de servicios y artículos dentales, oftalmológicos y auditivos, así como equipos para hacer ejercicio, monitores de acondicionamiento físico y dispositivos portátiles, y sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS). La tarjeta Flex tiene como objetivo complementar los beneficios dentales, de la vista y de la audición del plan; consulte los detalles de esos beneficios en la Tabla de beneficios para obtener más información.</p> <p>Su tarjeta Flex puede utilizarse para los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos y copagos por exámenes de la vista cubiertos por Medicare fuera de la red. • Servicios dentales: copagos por servicios preventivos e integrales fuera de la red, y servicios dentales cubiertos dentro de la red que superen el límite de la cobertura dental. • Audífonos recetados: copagos por audífonos recetados comprados a través de NationsHearing®. • Equipos de gimnasia. • Monitores de acondicionamiento físico y dispositivos portátiles. • Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS), con un límite de un dispositivo y servicio mensual. <p>Los equipos para hacer ejercicio, los monitores de acondicionamiento físico y los dispositivos portátiles, el sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) se limitan a la lista de artículos elegibles del plan y a la red de proveedores minoristas y en línea participantes del plan.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la tarjeta Flex.</p>	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Tarjeta Flex (continuación) Para obtener una lista completa de los artículos aprobados por Healthfirst y para obtener más información sobre cómo utilizar su tarjeta Flex, consulte nuestro sitio web en healthfirst.org/flex. El beneficio se proporciona mediante una tarjeta Flex; no se puede obtener dinero con ella. Los saldos sin uso vencen al final del año calendario y si cancela su membresía en el Plan Signature (PPO) de Healthfirst. +La cantidad que usted paga usando la tarjeta Flex no cuenta para el monto máximo de costos de bolsillo.</p>		
<p>Servicios auditivos Las evaluaciones de diagnóstico de equilibrio y de la audición realizadas por un proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como cuidado para pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Nuestro plan también cubre exámenes de audición de rutina, audífonos recetados y evaluaciones para la adaptación de audífonos recetados cuando son proporcionados por un proveedor de NationsHearing®.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los exámenes de audición de rutina se limitan a uno por año calendario. • Las evaluaciones para el ajuste de audífonos recetados también se limitan a una por año calendario. • Los audífonos recetados se limitan a un audífono por oído, por año calendario. 	<p>Copago de \$35 por evaluaciones de diagnóstico de equilibrio y audición cubiertas por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por exámenes de audición de rutina</p> <p>Copago por cada audífono recetado individual por nivel de tecnología:</p> <p>Elemental: \$0 Básico: \$175 Superior: \$475 Preferido: \$775 Avanzado: \$1,075 Premium: \$1,475</p>	<p>Copago de \$60 por evaluaciones de diagnóstico de equilibrio y audición cubiertas por Medicare</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios auditivos (continuación)</p> <p>Las compras de audífonos recetados incluyen tres (3) consultas de seguimiento dentro de los 12 meses de la fecha de colocación inicial.</p> <p>Se requiere autorización previa para los audífonos recetados.</p> <p>+Los montos que paga por los servicios de audífonos no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>		
<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 lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.	
<p>Agencia de atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita esos servicios y solicitará que una agencia de servicios de atención médica a domicilio los brinde. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención 	Copago de \$0 por servicios de una agencia de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare	Coseguro del 50% por servicios de una agencia de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Agencia de atención médica a domicilio (continuación)</p> <p>médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		
<p>Tratamiento de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertos, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Supervisión remota 	<p>Copago de \$0 por servicios de tratamiento de infusión en el hogar cubiertos por Medicare</p> <p>Coseguro del 0-20% para los medicamentos de la Parte B de Medicare</p> <p>Es posible que se apliquen otros costos compartidos; consulte las secciones de equipo médico duradero (DME) y medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Coseguro del 50% para los servicios de tratamiento de infusión en el hogar cubiertos por Medicare</p> <p>Coseguro del 50% para los medicamentos de la Parte B de Medicare</p> <p>Es posible que se apliquen otros costos compartidos; consulte las secciones de equipo médico duradero (DME) y medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Terapia de infusión en el hogar (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar. <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal.</p> <p>Es posible que reciba atención a través de un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee, controla o en las que tiene un interés financiero. El médico del establecimiento de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. Atención de alivio a corto plazo. Atención a domicilio. 	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original paga por sus servicios paliativos y por sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal, en lugar de hacerlo el Plan Signature (PPO) de Healthfirst.</p>	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Cuando es admitido en un establecimiento de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios en un establecimiento de cuidados paliativos y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u></p> <p>Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Si necesita servicios que no sean de emergencia,</p> <p>Si necesita servicios que no sean de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si hubiera un requisito de obtener autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo 		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p>pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted pagará los costos compartidos del plan por los servicios fuera de la red. <p><u>Para los servicios que están cubiertos por el Plan Signature (PPO) de Healthfirst, pero que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare: El Plan Signature (PPO) de Healthfirst continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, independientemente de si están relacionados o no con su pronóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</u></p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un establecimiento de cuidados paliativos por enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el establecimiento de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo.</u></p> <p>Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención médica que no sea en un establecimiento de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal),</p>		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p>debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. El número de teléfono figura en el dorso de este documento.</p>		
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en virtud del beneficio de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.	
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para</p>	<p>Días 1 a 5: copago de \$325 por día desde el día de ingreso</p> <p>Días 6 en adelante: copago de \$0 por día</p>	40% de coseguro por cada hospitalización

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <p>pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>La cantidad de días de hospitalización cubiertos es ilimitada, siempre y cuando sea médicamente necesario.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados 	<p>No se requieren copagos para el día del alta.</p> <p>Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca la afección de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En determinados casos, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/órganos multiviscerales. Si necesita un trasplante, coordinaremos para que uno de los centros de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso, que decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si el Plan Signature (PPO) de Healthfirst brinda servicios para un trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado para trasplantes en la comunidad, y usted elige realizarse el trasplante en dicho centro, organizaremos o pagaremos los costos de hospedaje y transporte apropiados para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. Todos los productos hemoderivados están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos. <p>Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la</p>		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <p>noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i> (¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!). Esta hoja de datos está disponible en internet en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Se requiere autorización previa para los ingresos dentro de la red que no sean de emergencia. Para los ingresos de emergencia, se recomienda que el médico/centro que ingrese al paciente se comunique con Healthfirst lo antes posible para garantizar el cuidado adecuado posterior a la estabilización y la planificación del alta. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios que no sean de emergencia fuera de la red.</p>		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización.</p> <p>Tiene cobertura para hasta 190 días como paciente internado en un hospital psiquiátrico independiente de por vida (este límite de por vida no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados brindados en la unidad de psiquiatría de un hospital general).</p> <p>Si ha utilizado parte del beneficio de por vida de 190 días de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, tiene derecho a recibir la diferencia entre la cantidad de días que ya utilizó y el beneficio autorizado del plan.</p> <p>Se requiere autorización previa para los ingresos dentro de la red que no sean de emergencia. Para los ingresos de emergencia, se recomienda que el médico/centro que ingrese al paciente se comunique con Healthfirst lo antes posible para garantizar el cuidado adecuado posterior a la estabilización y la planificación del alta. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios que no sean de emergencia fuera de la red.</p>	<p>Días 1 a 5: copago de \$300 por día desde el día de ingreso</p> <p>Días 6 a 90: copago de \$0 por día</p> <p>Para los servicios para pacientes internados en un hospital general de cuidados agudos, consulte la fila anterior.</p> <p>No se requieren copagos para el día del alta.</p> <p>Si recibe atención para pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca la afección de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>	<p>40% de coseguro por cada hospitalización</p>
<p>Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su</p>	<p>Copago de \$0 por cada visita a un proveedor de atención primario (PCP)</p> <p>Copago de \$35 por cada visita al especialista</p>	<p>Copago de \$50 por cada visita a un proveedor de atención primario (PCP)</p> <p>Copago de \$60 por cada visita al especialista</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)</p> <p>hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, 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 protésicos y ortopédicos (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. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. 	<p>Copago de \$0 por análisis de laboratorio</p> <p>Copago de \$0 por servicios de pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$100 por radiología de diagnóstico</p> <p>20% de coseguro por servicios de radiología terapéutica</p> <p>Copago de \$0 por radiografías</p> <p>Coseguro del 20% por suministros médicos y quirúrgicos (como vendajes, tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones)</p> <p>Coseguro del 0-20% por dispositivos protésicos y DME</p> <p>Copago de \$20 por cada sesión de fisioterapia, terapia del habla/lenguaje y terapia ocupacional</p>	<p>Copago de \$60 por análisis de laboratorio</p> <p>Copago de \$60 por servicios de pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> <p>Coseguro del 30% para radiología de diagnóstico</p> <p>Coseguro del 30% por servicios de radiología terapéutica</p> <p>Copago de \$60 por radiografías</p> <p>Coseguro del 50% por suministros médicos y quirúrgicos (como vendajes, tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones)</p> <p>Coseguro del 50% para dispositivos protésicos y DME</p> <p>Copago de \$60 por cada sesión de fisioterapia, terapia del habla/lenguaje y terapia ocupacional</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional en persona o por telemedicina. <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		
<p>Comidas (después del alta)</p> <p>Su plan cubre hasta 84 comidas entregadas a domicilio durante un máximo de 28 días después de cada alta de un hospital o centro de enfermería especializada (con una estadía mayor a dos días). No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios de comidas de 28 días que puede recibir en un año, siempre y cuando la solicitud se haga después de una nueva alta del hospital o del centro de enfermería especializada para regresar al hogar y se solicite en un plazo de 14 días después de haber recibido el alta del hospital o del centro de enfermería especializada en el hogar.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se requiere un formulario de receta o solicitud de un proveedor.</p>	<p>Copago de \$0 por comidas cubiertas (después del alta)</p> <p>El beneficio cubierto debe ser proporcionado por Mom's Meals® o Homestyle Direct.</p>	
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (pero que no reciben diálisis) o después de un</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Terapia médica nutricional (continuación)</p> <p>trasplante de riñón cuando lo solicite su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y, en lo sucesivo, 2 horas por año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que usted reciba más horas de tratamiento, con la orden médica. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años, en caso de que su tratamiento sea necesario el siguiente año calendario.</p>		
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) (Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.		
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite otros exámenes y otras pruebas antes o durante el tratamiento que podrían incrementar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exámenes y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento. 	<p>Coseguro del 0-20% para medicamentos para quimioterapia/radioterapia y otros medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p> <p>Coseguro del 20%, hasta \$35, por un suministro para un mes de productos de insulina de la Parte B de Medicare cubiertos por nuestro plan.</p>	<p>Coseguro del 50% para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó el trasplante de órganos. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • 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. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la debida supervisión. • Determinados medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (formulación oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio 		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B podrá cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un tratamiento quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, a las 48 horas de la quimioterapia o dentro de las 48 horas, o como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD), si el mismo medicamento está disponible en formulación inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos en virtud del sistema de pago para pacientes con ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, que incluyen heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea medicamento necesario, y anestesia tópica. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la 		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)**

anemia relacionada con otras afecciones determinadas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol epoetina beta).

- Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.
- Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)

Los medicamentos de la Parte B en las siguientes categorías pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada:

Inhibidor de la proteinasa Alpha-1, antineoplásico, cardiovascular/antihiperlipidémico (p. ej., PCSK9), terapia celular, endocrino/metabólico, reemplazo de enzima, terapia génica, hematopoyéticos (ESA+ GCSF)/modificadores de la sangre (p. ej., Vyvgart, hemofactores), inmunoglobulina, anticuerpo inmunitario/monoclonal, esclerosis múltiple/neurología, miastenia gravieneurología, VEGF/oftálmico, osteoartritis, agentes respiratorios y neuromusculares (p. ej., botulínicos).

Mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: [HFMedicareMaterials.org](https://www.hfmedicarematerials.org).

También cubrimos vacunas en virtud de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.

El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos recetados de la Parte D e

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos recetados. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		
<p>Línea de ayuda de enfermería</p> <p>El plan ofrece una línea de ayuda de enfermería, un servicio telefónico gratuito disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para responder preguntas relacionadas con la salud general y para obtener asistencia para acceder a los servicios. Llame al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación.</p>	Copago de \$0 por la línea de ayuda de enfermería	
<p>Asesoramiento nutricional</p> <p>El plan cubre hasta seis consultas anuales de asesoramiento preventivo o para reducir factores de riesgo, que deben ser provistas por profesionales clínicos con licencia estatal o certificados (es decir, médicos, enfermeros, dietistas registrados o nutricionistas).</p> <p>Las sesiones pueden ser individuales o grupales.</p>	Copago de \$0 por asesoramiento nutricional	Copago de \$50 por asesoramiento nutricional

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.	
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (OTP, por sus siglas en inglés), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (MAT). • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). 	Copago de \$0 por servicios de tratamiento para dejar los opioides cubiertos por Medicare	Copago de \$50 por servicios de tratamiento para dejar los opioides cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia por trastorno de consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas. <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. Todos los productos hemoderivados están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (p. ej., endoscopia gastrointestinal, espirometría). • Radiología de diagnóstico (p. ej., RM, TEP). 	<p>Copago de \$0 por radiografías cubiertas por Medicare</p> <p>Coseguro del 20% por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare (se aplica un copago por visita separado para pacientes ambulatorios)</p> <p>Coseguro del 20% por suministros médicos cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por análisis de laboratorio cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 para los productos y servicios de hematología para</p>	<p>Copago de \$60 por radiografías cubiertas por Medicare</p> <p>Coseguro del 30% por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare (se aplica un copago por visita separado para pacientes ambulatorios)</p> <p>Coseguro del 50% por suministros médicos cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$60 por análisis de laboratorio cubiertos por Medicare</p> <p>Coseguro del 50% para los productos y servicios de</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>	<p>pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare (se aplica un copago separado por visita al consultorio médico)</p> <p>Copago de \$100 por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (se aplica un copago separado por visita al consultorio médico)</p>	<p>hematología para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$60 por pruebas de diagnóstico cubiertas por Medicare (se aplica un copago separado por visita al consultorio médico)</p> <p>Coseguro del 30% por servicios radiológicos de diagnóstico (se aplica un copago separado por visita al consultorio médico)</p>
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar</p>	<p>Copago de \$125 por servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p>	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i> (¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!). Esta ficha técnica está disponible en el sitio web www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf.</p> <p>También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>		
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p>	<p>Coseguro de \$0 por colonoscopias de diagnóstico y endoscopias esofágicas</p> <p>Coseguro del 20% de los cargos del hospital (o centro para pacientes</p>	<p>Coseguro del 30% por colonoscopias y endoscopias esofágicas de diagnóstico</p> <p>Coseguro del 30% de los cargos del hospital (o centro para pacientes</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente <i>ambulatorio</i>. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada <i>Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!</i> (¿Es un paciente internado o ambulatorio? Si tiene</p>	<p>ambulatorios) para todos los demás servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p> <p>Si recibe servicios de un médico u otro profesional de atención médica durante una consulta en el hospital como paciente ambulatorio cubierta por Medicare, es posible que haya costos compartidos adicionales para esos servicios o artículos. Consulte la sección de servicios médicos o profesionales de esta tabla para conocer los costos compartidos específicos que se requieren.</p>	<p>ambulatorios) para todos los demás servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p> <p>Si recibe servicios de un médico u otro profesional de atención médica durante una consulta en el hospital como paciente ambulatorio cubierta por Medicare, es posible que haya costos compartidos adicionales para esos servicios o artículos. Consulte la sección de servicios médicos o profesionales de esta tabla para conocer los costos compartidos específicos que se requieren.</p>
---	--	--

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Medicare, ¡pregunte!). Esta ficha técnica está disponible en el sitio web www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable. Es posible que se solicite una autorización previa. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>	Copago de \$0 por cada servicio de atención de salud mental para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare	Copago de \$50 por cada servicio de atención de salud mental para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p>	Copago de \$20 por cada servicio de rehabilitación para pacientes	Copago de \$60 por cada servicio de rehabilitación para pacientes ambulatorios

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>	ambulatorios cubierto por Medicare	cubierto por Medicare
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos para el diagnóstico y el tratamiento incluyen sesiones individuales y grupales.</p> <p>Se puede requerir autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>	Copago de \$0 por cada servicio por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare	Copago de \$50 por cada servicio por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en</p>	<p><u>En los consultorios médicos:</u></p> <p>Copago de \$0 si interviene un médico de atención primaria</p> <p>Copago de \$35 si interviene un especialista</p> <p><u>En departamentos de hospitales para pacientes ambulatorios:</u></p>	<p><u>En los consultorios médicos:</u></p> <p>Copago de \$50 si interviene un médico de atención primaria</p> <p>Copago de \$60 por visita si interviene un especialista</p> <p><u>En departamentos de hospitales para pacientes ambulatorios:</u></p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)</p> <p>el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>	<p>Copago de \$0 por colonoscopias y endoscopias esofágicas de diagnóstico</p> <p>Coseguro del 20% de los cargos del centro para todos los demás servicios, más costos compartidos adicionales por los servicios médicos (copago de \$0 si interviene un médico de atención primaria; copago de \$35 si interviene un especialista)</p> <p><u>En centros quirúrgicos ambulatorios:</u></p> <p>Copago de \$0 por colonoscopias y endoscopias esofágicas de diagnóstico</p> <p>Copago de \$240 por visita para todos los demás servicios</p> <p>Si usted recibe algún servicio o artículo que no sea una cirugía, como por ejemplo, pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos, prótesis,</p>	<p>Coseguro del 30% por colonoscopias y endoscopias esofágicas de diagnóstico</p> <p>Coseguro del 30% de los cargos del centro para todos los demás servicios, más costos compartidos adicionales por los servicios médicos (copago de \$50 si interviene un médico de atención primaria; copago de \$60 si interviene un especialista)</p> <p><u>En centros quirúrgicos ambulatorios:</u></p> <p>Coseguro del 30% por colonoscopias y endoscopias esofágicas de diagnóstico</p> <p>Coseguro del 30% por visita para todos los demás servicios</p> <p>Si usted recibe algún servicio o artículo que no sea una cirugía, como por ejemplo, pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos, prótesis, órtesis, suministros o</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
	<p>órtesis, suministros o medicamentos de la Parte B, puede haber costos compartidos adicionales para esos servicios o artículos.</p> <p>Consulte la sección Servicios hospitalarios o médicos para pacientes ambulatorios en esta tabla para ver los costos compartidos específicos que se requieren.</p>	<p>medicamentos de la Parte B, puede haber costos compartidos adicionales para esos servicios o artículos.</p> <p>Consulte la sección Servicios hospitalarios o médicos para pacientes ambulatorios en esta tabla para ver los costos compartidos específicos que se requieren.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p><i>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, y es una alternativa a la hospitalización.</i></p> <p>No están cubiertos el tratamiento diurno y los programas de tratamiento diurno continuo, que no brindan tratamiento psiquiátrico con supervisión médica con el mismo nivel de intensidad que los servicios médicos</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p>	<p>Coseguro del 30% por servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>y de enfermería brindados en un ámbito de pacientes hospitalizados.</p> <p>El <i>servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		
<p>Sistema Personal de Respuesta para Emergencias (PERS)</p> <p>El PERS le permite obtener ayuda en situaciones de emergencia. Es un servicio de alerta médica que viene con un dispositivo de comunicación y respuesta ante emergencias instalado en el hogar, diseñado para notificar al personal adecuado sobre una emergencia (por ejemplo, una caída). El PERS es un beneficio cubierto por la tarjeta Flex. Se deben utilizar proveedores participantes. Visite healthfirst.org/flex para obtener más información sobre cómo acceder a este beneficio.</p>	No hay coseguro, copago o deducible para PERS. Consulte la fila de la tarjeta Flex en esta tabla para obtener más información.	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médicamente necesaria llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por su PCP o especialista, si su médico lo solicita para saber si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios adicionales de telemedicina, incluidos los servicios de médico de atención primaria, ciertos servicios de especialistas médicos y sesiones individuales para servicios de especialidad de salud mental. • Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telemedicina. Si elige obtener uno de estos servicios por telemedicina, debe usar un proveedor dentro de la red participante que ofrezca el servicio por telemedicina o el proveedor designado por Healthfirst. <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de telemedicina están disponibles por teléfono o videollamada. ○ Comuníquese con su proveedor local para ver si ofrece servicios de telemedicina o para programar una cita, o llame a Teladoc (800-Teladoc). 	<p>En los consultorios médicos:</p> <p>Copago de \$0 por servicios de médico de atención primaria</p> <p>Copago de \$35 por servicios de médicos especialistas</p> <p>Se aplican costos compartidos adicionales para los servicios de diagnóstico y radiología que son recibidos en los consultorios médicos.</p> <p>En centros quirúrgicos ambulatorios:</p> <p>Copago de \$0 por colonoscopias y endoscopias esofágicas de diagnóstico</p> <p>Copago de \$240 por visita para todos los demás servicios</p> <p>En departamentos de hospitales y clínicas para pacientes ambulatorios:</p> <p>Copago de \$0 por servicios de médico de atención primaria</p>	<p>En los consultorios médicos:</p> <p>Copago de \$50 por servicios de médico de atención primaria</p> <p>Copago de \$60 por servicios de médicos especialistas</p> <p>Se aplican costos compartidos adicionales para los servicios de diagnóstico y radiología que son recibidos en los consultorios médicos.</p> <p>En centros quirúrgicos ambulatorios:</p> <p>Coseguro del 30% por colonoscopias y endoscopias esofágicas de diagnóstico</p> <p>Coseguro del 30% por visita para todos los demás servicios</p> <p>En departamentos de hospitales y clínicas para pacientes ambulatorios:</p> <p>Copago de \$50 por servicios de médico de atención primaria</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <p>Servicios de telemedicina para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro.</p> <p>Servicios de telemedicina para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de telemedicina para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. ○ Servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene una consulta en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telemedicina. ▪ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telemedicina. ▪ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias. ○ Servicios de telemedicina para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente. 	<p>Copago de \$35 por servicios médicos de especialista (podría aplicarse un coseguro adicional del 20% del cargo del centro).</p> <p>Se aplican costos compartidos adicionales para los servicios de diagnóstico y radiología recibidos en departamentos de hospitales y clínicas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Servicios de telemedicina:</p> <p>\$0 por servicios de telemedicina de salud mental individuales proporcionados por un proveedor de la red</p> <p>Copago de \$0 por servicios de telemedicina de salud mental individuales prestados por Teladoc</p> <p>Copago de \$0 por otros servicios de telemedicina prestados</p>	<p>Copago de \$60 por servicios de médicos especialistas (Puede aplicarse un coseguro adicional del 30% de los cargos del centro).</p> <p>Se aplican costos compartidos adicionales para los servicios de diagnóstico y radiología recibidos en departamentos de hospitales y clínicas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Servicios de telemedicina:</p> <p>Copago de \$50 por servicios de telemedicina de salud mental individuales</p> <p>Copago de \$50 por otros servicios de telemedicina proporcionados por médicos de atención primaria</p> <p>Copago de \$60 por servicios de telemedicina</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ usted no es un paciente nuevo y ○ el control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días, y ○ el control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. ● Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ usted no es un paciente nuevo y ○ la evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días, y ○ la evaluación no conduce a una visita al consultorio médico en un plazo de 24 horas o pronto. ● Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro electrónico de salud si usted no es un paciente nuevo. ● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. ● Atención dental 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>por médicos de atención primaria</p> <p>Copago de \$35 por servicios de telemedicina proporcionados por médicos especialistas</p> <p>Copago de \$0 por otros servicios de telemedicina prestados por Teladoc</p>	<p>proporcionados por médicos especialistas</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p> <p>Se puede requerir autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. <p>También cubrimos 12 visitas de podología de rutina complementarias adicionales no cubiertas por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p> <p>+Además, los montos que paga por los servicios de podología de rutina no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>Copago de \$35 por servicios de podología cubiertos por Medicare y cuidado de rutina de los pies</p> <p>Se aplicarán diferentes costos compartidos para los servicios de podología que impliquen una cirugía en un centro de cirugía ambulatoria o en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios. Para obtener más información, consulte las secciones correspondientes.</p>	<p>Copago de \$60 por servicios de podología y cuidado de los pies de rutina cubiertos por Medicare</p> <p>Los servicios de podología que impliquen cirugía en un centro de cirugía ambulatoria u hospital para pacientes ambulatorios aplicarán diferentes costos compartidos. Para obtener más información, consulte las secciones correspondientes.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Pruebas de 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 (Prostate Specific Antigen, PSA) 	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen rectal digital anual o un examen de PSA.	
<p>Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, colocación o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, calzado protésico, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte Atención de la vista más adelante en esta sección).</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>	Coseguro del 20% para dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare	Coseguro del 50% para dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave, y que tengan una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica. Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>	Copago de \$15 por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare	Copago de \$60 por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare
<p>Clínicas de salud minoristas Las clínicas de salud minoristas proporcionan a los miembros acceso a atención sin cita previa, incluso durante la noche y durante los fines de semana. Las clínicas de salud minoristas no incluyen centros de atención de urgencia. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas menores. Para encontrar un proveedor participante en la red u obtener información sobre los servicios cubiertos, comuníquese con Servicios a los Miembros (el número de teléfono figura al dorso de este documento).</p>	Copago de \$15 por consulta en una clínica de salud minorista	Copago de \$60 por consulta en una clínica de salud minorista
<p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol (continuación)</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>		
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>		No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación)</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de una prueba de detección inicial con una LDCT: el miembro debe recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare. Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</i></p>		
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento</p>		No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas (continuación)</p> <p>conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance). 	<p>Copago de \$0 por servicios de educación sobre enfermedades renales</p> <p>Coseguro del 20% para tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios y para pacientes internados cubiertos por Medicare</p> <p>Para los equipos y suministros de diálisis en el hogar, consulte la sección de equipo médico duradero (DME).</p>	<p>Coseguro del 50% para servicios de educación renal</p> <p>Coseguro del 50% para tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios y pacientes internados cubiertos por Medicare</p> <p>Para los equipos y suministros de diálisis en el hogar, consulte la sección de equipo médico duradero (DME).</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p> <p>Se puede requerir autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>(En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “centro de</p>	<p>Días 1-20: copago de \$10 al día</p> <p>Días 21-100: copago de \$214 al día</p>	<p>Coseguro del 50% por cada hospitalización</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>atención de enfermería especializada”, Que suele denominarse SNF, por “Skilled Nursing Facility”).</p> <p>No se requiere hospitalización previa.</p> <p>La atención en un centro de enfermería especializada tiene cobertura por un máximo de 100 días por ingreso, si es médicamente necesario.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. Todos los productos hemoderivados están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. 		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos o profesionales. <p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red.</p> <p>No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de adultos mayores o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p>Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que podrían</p>	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) (continuación)</p> <p>verse afectados por el tabaco: Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.</p>		
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El programa de SET está cubierto para los miembros con arteriopatía periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés). Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. 	Copago de \$15 por tratamiento con ejercicios supervisados (SET) cubierto por Medicare	Copago de \$60 por tratamiento con ejercicios supervisados (SET) cubierto por Medicare

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería • clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. <p>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>		
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas</p>	Copago de \$45 por servicios de urgencia cubiertos en los EE. UU. y en todo el mundo (fuera de los EE. UU.).	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de urgencia (continuación)</p> <p>de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente. Los servicios prestados por un dentista no están cubiertos como servicios de urgencia.</p> <p>Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red.</p> <p>Atención de urgencia en todo el mundo</p> <p>La atención de urgencia tiene cobertura en los EE. UU. y en todo el mundo (fuera de los EE. UU.). Los servicios prestados por un dentista no están cubiertos.</p> <p>Si tiene una necesidad de atención de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted debe pagar esos servicios por adelantado y solicitarnos el reembolso correspondiente. Para los servicios de atención de urgencia cubiertos médicamente necesarios recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios, Healthfirst determinará el reembolso en función de los cargos razonables del mercado local y el tipo de cambio (cuando se requiera). Dado que los proveedores extranjeros podrían cobrar más por los servicios en comparación con lo que Original Medicare pagaría, el total de nuestro reembolso por esos servicios puede ser menor que los montos que usted pagó al proveedor</p>	<p>Copago de \$45 por servicios de urgencia cubiertos en los EE. UU. y en todo el mundo (fuera de los EE. UU.).</p>	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Servicios de urgencia (continuación)**

extranjero. Se le reembolsará en función del servicio cubierto prestado menos su costo compartido. Esto representa el pago total. Consulte el Capítulo 3 para obtener más detalles.

Si tiene doble o múltiple ciudadanía y tiene cobertura de seguro médico en otro país, la aseguradora de salud del país en el que se encuentra será su aseguradora de salud principal. Esto significa que:

si necesita un reembolso por sus servicios de atención de urgencia, su aseguradora de salud principal pagará primero (hasta los límites de su cobertura) y Healthfirst pagará segundo (si hay costos que su aseguradora de salud principal no cubrió).

Para recibir un reembolso por su atención fuera de los EE. UU., debe presentar un comprobante detallado de pago y un registro médico de la atención recibida a Healthfirst. Si la solicitud de reembolso es superior a \$5,000, también deberá presentar un comprobante de viaje que muestre la fecha de salida y la fecha de regreso a los Estados Unidos. Las solicitudes de reembolso se deben presentar en un plazo de un año a partir de la fecha de servicio. Use el formulario de reembolso para miembros del Plan Medicare de Healthfirst disponible en [HFMedicareMaterials.org](https://www.hfmedicarematerials.org) o llame a Servicios a los Miembros.

Los servicios de atención de emergencia/urgencia en todo el mundo, incluidos los servicios de transporte, están sujetos a un límite de \$200,000 por año calendario como cobertura máxima de beneficios del plan.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de urgencia (continuación)</p> <p>+El monto que paga por servicios de atención de urgencia en todo el mundo no cuenta para su monto máximo de bolsillo.</p> <p>Consulte el Capítulo 7 (<i>Cómo solicitarnos que paguemos lo que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.</p>		
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. 	<p>Copago de \$0 por servicios ambulatorios cubiertos por Medicare para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo; los servicios avanzados de radiología/imágenes pueden estar sujetos a un copago adicional.</p> <p>Copago de \$0 por examen de detección de retinopatía diabética</p> <p>Copago de \$0 por examen de detección de glaucoma</p> <p>Copago de \$0 por artículos de la vista cubiertos por Medicare después de</p>	<p>Copago de \$60 por servicios ambulatorios cubiertos por Medicare para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo; los servicios avanzados de radiología/imágenes pueden estar sujetos a un copago adicional.</p> <p>Copago de \$60 por examen de detección de retinopatía diabética</p> <p>Coseguro del 50% para examen de detección de glaucoma</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Atención de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si se realiza dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). <p>Nuestro plan también cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de la vista de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto (limitados a un examen por año calendario) que no están cubiertos por Original Medicare. Ajuste de lentes de contacto (limitado a uno por año calendario). Un par de anteojos o lentes de contacto, limitado a una transacción y a un beneficio máximo de \$250 por año calendario. <p>Debe usar un proveedor participante de EyeMed para la atención de la vista.</p> <p>Se puede requerir autorización previa para los servicios dentro de la red. Se recomienda la determinación previa antes de recibir servicios fuera de la red.</p>	<p>una cirugía de cataratas Copago de \$0 por exámenes de la vista de rutina para anteojos/lentes de contacto</p> <p>Signature (PPO) de Healthfirst proporciona una asignación de \$250 cada año calendario para anteojos cubiertos (anteojos o lentes de contacto). Usted paga los montos que superen los \$250 cada año calendario.</p>	
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p> <p>Los análisis de laboratorio, los exámenes de detección o los procedimientos que se soliciten como resultado de su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> o que se realicen durante esta consulta estarán sujetos a los</p>	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare (continuación)</p> <p>los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	<p>costos compartidos de su plan para estos servicios por separado. Consulte cada servicio por separado en esta Tabla de beneficios médicos.</p>	

Sección 2.2 Cómo obtener atención con los beneficios opcionales para visitantes/viajeros de nuestro plan

Cuando está continuamente ausente del área de servicio de nuestro plan durante más de seis meses, generalmente debemos cancelar su inscripción en nuestro plan. Sin embargo, su plan incluye un beneficio para visitantes/viajes. Este beneficio complementario está disponible para todos los miembros que estén temporalmente en el estado de Florida durante un máximo de 12 meses. Le permite recibir servicios cubiertos por Medicare con costo compartido dentro de la red cuando los brinda un proveedor que es elegible para participar en Medicare y servicios dentales, de la vista y de audición complementarios cubiertos por el plan al costo compartido dentro de la red en proveedores participantes de DentaQuest, EyeMed y NationsHearing, respectivamente, en Florida. Comuníquese con Servicios a los Miembros para que le ayuden a buscar un proveedor cuando use el beneficio para visitantes/viajeros.

Requisitos

- Verifique con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que son elegibles para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba.
- Es mejor solicitarle al proveedor fuera de la red que facture primero al plan. Sin embargo, si usted ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo por los servicios cubiertos. O bien, si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que deberíamos pagar, puede enviárnosla para que la abonemos.
- Debe autorizar a sus proveedores de Florida para solicitar la historia clínica de su PCP, y debe seguir autorizándolos a enviar sus registros médicos a su PCP para asegurar su continuidad de la atención.

Cuando busque servicios oftalmológicos complementarios (no cubiertos por Medicare) (como exámenes de la vista de rutina o anteojos), servicios de audición (como exámenes de audición de rutina o audífonos) o servicios dentales, tenga en cuenta lo siguiente:

- Cuando utilice su beneficio de visitante/viajero en Florida para servicios oftalmológicos, auditivos y dentales complementarios, acceda a los proveedores participantes de EyeMed, NationsHearing y DentaQuest para pagar los costos compartidos dentro de la red.
- Debe usar proveedores participantes de EyeMed y NationsHearing solo para servicios de visión y audición en Florida, respectivamente.
- Puede usar proveedores dentales en Florida que no participen en la red de DentaQuest; sin embargo, pagará costos compartidos fuera de la red.

Si está en Florida, puede permanecer inscrito en nuestro plan por hasta 12 meses, siempre y cuando su residencia permanente sea en el área de servicio del plan. Si en 12 meses no ha regresado al área de servicio del plan, se cancelará su inscripción en el plan.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?**Sección 3.1 Servicios que no cubrimos (exclusiones)**

Esta sección le informa qué servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no cubre el servicio.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, dichos servicios siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará.

La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (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 documento).

Las exclusiones o limitaciones en los servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla a continuación. Para los límites y las exclusiones de los beneficios dentales, consulte la Guía de limitaciones y exclusiones de beneficios dentales de Healthfirst Medicare en HFMedicareMaterials.org.

Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
<p>Cuidado asistencial.</p> <p>El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.</p>	<p>No cubiertos en ninguna situación</p>	
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. • (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
<p>Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.</p>	<p>No cubiertos en ninguna situación</p>	
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.</p>	<p>No cubiertos en ninguna situación</p>	
<p>Entrega de comidas a domicilio.</p>		<p>Cobertura limitada después de recibir el alta de un hospital o centro de enfermería especializada. Consulte la sección anterior sobre comidas después del alta.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No cubiertos en ninguna situación	
Servicios para la infertilidad		Los servicios para tratar la infertilidad solo están cubiertos si son razonables y necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión.
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna situación	
Atención dental que no sea de rutina.		<ul style="list-style-type: none"> • Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o ambulatorios. • Servicios cubiertos según lo descrito en la Guía de limitaciones y exclusiones de beneficios dentales de Healthfirst Medicare en HFMedicareMaterials.org.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. • Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético y cuando el proveedor está en la red y participa en Medicare o acepta la asignación.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	No cubiertos en ninguna situación	
Habitación privada en el hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización.	No cubiertos en ninguna situación	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para pérdida de la visión.	No cubiertos en ninguna situación	
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original.	No cubiertos en ninguna situación	

CAPÍTULO 5:

*Cómo utilizar la cobertura del plan
para los medicamentos recetados de
la Parte D*

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo explica las reglas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos paliativos.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D
--

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). O puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información acerca de las restricciones a la cobertura).

SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Uso de una farmacia de la red
--

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos recetados que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la “Lista de medicamentos” del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de proveedores/farmacias*, visitar nuestro sitio web en [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org) o llamar a Servicios a los Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias 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 en su área, puede obtener ayuda de Servicios a los Miembros o utilizar el *Directorio de proveedores/farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org).

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos recetados deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Por lo general, un centro de LTC (como un hogar de adultos mayores) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios a los Miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Proveedores/Farmacias* en [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org) o llame a Servicios a los Miembros.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan**

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados en nuestra Lista de medicamentos como **NM**, que significa **no disponible para pedido por correo**.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le exige que pida, **como mínimo, un suministro para 30 días del medicamento y no más de un suministro para 90 días**.

Para obtener los formularios y la información sobre cómo surtir sus recetas por correo postal, visite [HFMedicareMaterials.org](https://www.hfmedicarematerials.org) o llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono figuran al dorso de este manual).

Por lo general, el pedido de una farmacia de pedidos por correo se le enviará dentro de los 10 días. Si la farmacia de pedidos por correo prevé un retraso significativo en su medicamento recetado de pedido por correo, nuestro servicio de pedido por correo trabajará con usted y una farmacia de la red para proporcionarle un suministro temporal de su medicamento recetado de pedido por correo. Si su pedido no llega en un plazo de 10 días, puede comunicarse con Servicios a los Miembros.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o detener.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero todavía desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento recetado, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se le acabe la receta actual. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios a los Miembros (los números de teléfono figuran al dorso de este documento).

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

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. En el *Directorio de proveedores/farmacias* que encontrará en [HFDocFinder.org](https://www.hfdocfinder.org), se le informa qué farmacias de nuestra red pueden proveerle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento recetado puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio en las que usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con Servicios a los Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos recetados que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Ejemplo 1: está viajando fuera del área de servicio, se queda sin sus medicamentos cubiertos de la Parte D o los pierde o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Ejemplo 2: no puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D oportunamente dentro del área de servicio porque, por ejemplo, no hay una farmacia de la red dentro de una distancia razonable para ir manejando, que provea un servicio de 24 horas por día/7 días por semana.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Ejemplo 3: debe surtir la receta de un medicamento cubierto de la Parte D oportunamente y ese medicamento cubierto de la Parte D en particular (por ejemplo, un producto farmacéutico especializado generalmente enviado de manera directa por los fabricantes o proveedores especiales) no está habitualmente en existencia en las farmacias cercanas minoristas o de pedido por correo de la red.
- Ejemplo 4: Le proveen medicamentos cubiertos de la Parte D dispensadas por una farmacia basada en una institución fuera de la red mientras es paciente de un departamento de emergencias, una clínica basada en un proveedor, un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios u otro centro para pacientes ambulatorios.
- Ejemplo 5: Durante cualquier anuncio de desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública en la que nuestros miembros sean evacuados o se les traslade de otro modo de sus lugares de residencia y no se pueda esperar razonablemente que obtengan medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos que se encuentran en la “Lista de medicamentos” son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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 se use para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que esté *en una de estas condiciones*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o afección para la que fue recetado.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- O bien, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la “Lista de medicamentos”, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan igual que el medicamento de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Sección 3.2 Hay 5 niveles de costos compartidos para medicamentos de la Lista de medicamentos
--

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- **Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos**
El Nivel 1 es su nivel de costo más bajo. La mayoría de los medicamentos genéricos en el formulario se incluyen en este nivel. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y son igualmente seguras y eficaces.
- **Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos**
Este es el segundo nivel de más bajo costo y contiene productos genéricos. Medicamentos genéricos adicionales en el formulario se incluyen en este nivel. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y son igualmente seguras y eficaces.
- **Nivel 3 de costo compartido: medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos**
Este es su nivel de costo medio e incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos**
Este es un nivel de costo más alto e incluye medicamentos no preferidos.
- **Nivel 5 de costo compartido: medicamentos especializados**
El nivel de especialidad es el nivel de costos más alto. Un medicamento en el nivel de especialidad es un medicamento recetado único o de muy alto costo que puede requerir un manejo especial o un monitoreo cercano. Los medicamentos de especialidad pueden ser de marca o genéricos.

Para averiguar en qué categoría de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados 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?

Tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Visite el sitio web del plan en [HFMedicareMaterials.org](https://www.hfmedicarematerials.org). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
2. Llame a Servicios a los Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

3. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” (member.healthfirst.org o llame a Servicios a los Miembros). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un valor estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o que desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios a los Miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisión de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se conoce como **autorización previa**. Esto

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**.

Límites en la cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a no más de una píldora por día.

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

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

Hay situaciones en las que hay un medicamento recetado que está tomando o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. 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.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más costoso de lo que usted considera que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierta de la manera en que le gustaría que lo estuviera. **Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.**

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- Si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que hace que su costo sea más alto de lo que considera que debería serlo, consulte la Sección 5.3 para saber qué 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, estas son algunas opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan, O BIEN, ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si usted estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta cubre menos días, permitiremos resurtidos múltiples que proporcionen un suministro de medicamentos por un máximo de 30 días. El medicamento recetado debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **En el caso de aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y que viven en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- **Si usted es un miembro actual y experimenta un cambio en su nivel de atención, como por ejemplo, el traslado de un hospital a un ámbito domiciliario, y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o su capacidad de obtener sus medicamentos es limitada:**

Cubriremos un suministro temporal por única vez por un máximo de 30 días (o 31 días si usted es residente en un centro de atención a largo plazo [LTC]) de una farmacia de la red. Durante este período, debe usar el proceso de excepción del plan si desea tener una cobertura continua del medicamento después de que finalice el suministro temporal.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios a los Miembros.

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento.

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios a los Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O bien, puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o estará restringido de alguna manera para el próximo año, se lo informaremos antes del año nuevo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud (o declaración de respaldo de su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 explica qué hacer. También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?**

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

Puede cambiar a otro medicamento.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios a los Miembros y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 explica qué hacer. También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

Medicamentos en nuestro Nivel 5: los medicamentos especializados no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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 tienen lugar al comienzo de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podrá hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Cambiar un medicamento a una categoría más alta o más baja de costos compartidos.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos analizados en este capítulo.

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizaron cambios en un medicamento que está usando.

Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que lo afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, transferir el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La nueva versión del medicamento aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo, y con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos hacer estos cambios de inmediato y comunicarle más adelante, incluso si está usando el medicamento que vamos a retirar o cambiar. Si está usando el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos con aviso previo.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, transferirlo a un

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La versión del medicamento que agreguemos aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo, y con las mismas restricciones o menos.

- Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está usando.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está usando ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.
- **Otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, cambios según las advertencias impresas en el empaque de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional para 30 días del medicamento que está usando.

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

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año del plan actual son los siguientes:

- Pasaremos su medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.
- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), 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.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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 recetados que se excluyen. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si usted recibe medicamentos que están excluidas, debe pagar usted mismo por ellas. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para 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 o sus territorios.
- La cobertura del uso para una indicación *no autorizada* solo se permite cuando está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. Uso para una indicación *no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos 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 disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, el programa “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Surtir un medicamento recetado

Sección 8.1 Proporcionar su información de miembro

Para obtener su medicamento recetado, proporcione la información de miembro de su plan, que puede encontrarse en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su información de miembro?

Si usted no tiene su información de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento recetado, usted o su farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

Si la farmacia no recibe la información necesaria, es posible que **usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de adultos mayores) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores/farmacias* en [HFDocFinder.org](https://www.healthfirst.com/hfdocfinder) para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios a los Miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre un suministro temporal o de emergencia.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?**

Si actualmente tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Dicha persona puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados en relación con nuestro plan.

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos recetados para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es **acreditable**, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare.

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

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un establecimiento de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El establecimiento de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un establecimiento de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor del establecimiento de cuidados paliativos o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su medicamento recetado.

En caso de que usted revoque su elección de establecimiento de cuidados paliativos o que reciba el alta del establecimiento de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

beneficio de establecimiento de cuidados paliativos de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento recetado. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

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

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

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiacepina con

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinadas farmacias.
- Requerir que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides o benzodiazepinas de un determinado médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos recetados solo de médicos o farmacias específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en un DMP si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer activo o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un establecimiento de cuidados paliativos, atención de confort o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros, para asegurarnos de que nuestros miembros aprovechen al máximo los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para ciertas afecciones crónicas y que exceden cierto monto específico de costos de medicamentos, o que están en un DMP para que los ayude a utilizar sus opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, llame a Servicios a los Miembros.

CAPÍTULO 6:

*Lo que le corresponde pagar por los
medicamentos recetados de la
Parte D*

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted se encuentra en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un documento separado, denominado *Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula LIS*), en el que se le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este documento, comuníquese con Servicios a los Miembros y pida la *Cláusula LIS*.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales en los que se explican su cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D. Para hacerlo más simple, en este capítulo usamos la palabra *medicamento* para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos recetados y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para consultar la cobertura para medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que usted ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un cálculo de los costos que se espera que pague de su bolsillo. También puede obtener información de la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios a los Miembros.

Sección 1.2 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que paga por un medicamento se denomina **costo compartido** y hay tres formas en las que se le puede pedir que pague.

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo incluyen 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):

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

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los costos que paga de su bolsillo si los efectúa en su nombre **otras personas u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, el Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare, los planes de empleadores o sindicatos o el Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses. También se incluyen los pagos hechos por el programa “Ayuda adicional” de Medicare.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de \$2,000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

Los costos de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.

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

- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos recetados de Medicare normalmente no cubre.
- Pagos que usted realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos realizados por la Administración de Salud para Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, indemnización por accidentes laborales).
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos en virtud del programa de descuentos del fabricante.

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios a los Miembros.

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

- **Lo ayudaremos.** El informe de la Explicación de beneficios de la Parte D (Explanation of Benefits, EOB) que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto llegue a \$2,000, en este informe, se le indicará que ha abandonado la etapa de cobertura inicial y ha pasado a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros del Plan Signature (PPO) de Healthfirst?
--

Hay tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura para medicamentos recetados en Signature (PPO) de Healthfirst. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre

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

cuando obtenga un medicamento recetado o un resurtido. Puede ver los detalles de cada etapa en las Secciones de 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: Etapa del deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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 resumen mensual denominado *Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)*

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos recetados o un resurtido 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 esto se lo denomina **costos que paga de su bolsillo**. Esto incluye lo que pagó cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la “Ayuda adicional” de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses, programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Llevamos un registro de los **costos totales de sus medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

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

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

- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento recetado de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento recetado, si corresponde.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos recetados que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento recetados. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - 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.
- **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. Por ejemplo, para sus gastos de bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

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

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, revise la información para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si considera que algo está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios a los Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5

La etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas de viaje. Usted pagará un deducible anual de \$590 para los medicamentos del Nivel 4 y del Nivel 5. **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5** hasta que alcance el monto del deducible del plan. En el caso de todos los otros medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que haya pagado \$590 por sus medicamentos del Nivel 4 y del Nivel 5, sale de la etapa del deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos recetados

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (el monto de copago o coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos recetados.

El plan tiene cinco niveles de costos compartidos.

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

- **Nivel 1 de costo compartido: El Nivel 1 de medicamentos genéricos preferidos** es su nivel de costo más bajo. La mayoría de los medicamentos genéricos en el formulario se incluyen en este nivel. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y son igualmente seguras y eficaces.

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

• Nivel 2 de costo compartido: Medicamentos genéricos

Este es el segundo nivel de más bajo costo y contiene productos genéricos. Medicamentos genéricos adicionales en el formulario se incluyen en este nivel. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y son igualmente seguras y eficaces.

• Nivel 3 de costo compartido: Medicamentos genéricos no preferidos y de marca preferidos

Este es su nivel de costo medio e incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos no preferidos. Usted paga un máximo de \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

• Nivel 4 de costo compartido: Medicamentos no preferidos

Este es su nivel de mayor costo e incluye medicamentos no preferidos. Usted paga un máximo de \$35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

• Nivel 5 de costo compartido: medicamentos especializados

El nivel de especialidad es el nivel de costos más alto. Un medicamento en el nivel de especialidad es un medicamento recetado único o de muy alto costo que puede requerir manipulación especial o monitoreo cercano. Los medicamentos especializados pueden ser de marca o genéricos. Usted paga un máximo de \$35 por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Para averiguar en qué categoría de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento recetado obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores/farmacias* del plan en [HFMedicareMaterials.org](https://www.hfmedicarematerials.org).

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

Durante la etapa de cobertura inicial, la parte del costo que le corresponde de una medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

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

Tal como se muestra en la tabla a continuación, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costos compartidos.

A veces, el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días como máximo)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para 30 días como máximo)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para 31 días como máximo)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro para 30 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido: (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido: (medicamentos genéricos)	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$15
Nivel 3 de costo compartido: (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$47	Copago de \$47	Copago de \$47	Copago de \$47

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

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 30 días como máximo)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para 30 días como máximo)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para 31 días como máximo)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro para 30 días como máximo)
Nivel 4 de costo compartido: (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%
Nivel 5 de costo compartido: (medicamentos especializados)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%

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

Para obtener información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 8 de este capítulo.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro para el mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o su proveedor le gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos recetados.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, usted no tendrá que pagar el suministro para un mes completo.

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

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Tabla que muestra sus costos por un suministro a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 días como máximo.

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

- A veces, el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a *largo plazo* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días como máximo)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para 90 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido: (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido: (medicamentos genéricos)	Copago de \$15	Copago de \$15
Nivel 3 de costo compartido: (medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$47	Copago de \$47
Nivel 4 de costo compartido: (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%
Nivel 5 de costo compartido: (medicamentos especializados)	No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.	No hay disponible un suministro a largo plazo para medicamentos en el Nivel 5.

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

Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo durante el año alcancen \$2,000

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$2,000. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *EOB de la Parte D* que recibe le ayudará a mantener un seguimiento de cuánto ha gastado usted, el plan y cualquier otro tercero en su nombre por sus medicamentos durante el año. No todos los miembros alcanzarán un límite de gastos de bolsillo de \$2,000 en un año.

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

Le informaremos cuando alcance este monto. Si lo alcanza, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$2,000 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 de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas aparecen enumeradas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios a los Miembros para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina colocación de la vacuna).

Sus costos de la Parte D dependen de tres elementos:

1. Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP, y no le cuestan nada.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

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

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrarle la vacuna en la farmacia. Como alternativa, otro proveedor puede hacerlo en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo pagará la parte que le corresponde del costo de su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación se presentan tres ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se le administra 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 ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el coseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración).

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

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagarle a la farmacia el coseguro O copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan, o es posible que reciba la factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama reembolsar). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por un importe más alto que la parte que le corresponde del costo compartido, según se detalle en este documento. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted todavía tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

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

Cuando recibe atención de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solo tiene la responsabilidad de pagar la parte que le corresponde del costo. (La parte que le corresponde del costo puede ser más alta para un proveedor fuera de la red que para un proveedor dentro de la red). Pídale al proveedor que facture al plan por la parte que nos corresponde del costo.

- Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que 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.

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

- Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en el caso de la atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba.

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 directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos recetados.

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el monto que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado para el medicamento recetado.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones

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

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

7. Cuando usted paga el costo total de los servicios médicos de emergencia o de urgencia que se brindan fuera de los EE. UU.

- Si tiene una emergencia o una necesidad de atención de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable de pagar esos servicios por adelantado y solicitarnos el reembolso correspondiente. Para aquellos servicios de emergencia y de atención de urgencia cubiertos y médicamente necesarios recibidos fuera de los EE. UU. y sus territorios, el Plan Signature (PPO) de Healthfirst determinará el reembolso de los servicios cubiertos médicamente necesarios en función de los cargos razonables (del mercado local), el tipo de cambio, cuando se requiera, y la categoría de beneficio aplicable. Usted puede ser responsable de su costo compartido por esos servicios cubiertos. Dado que los proveedores extranjeros podrían cobrar más por los servicios que las tarifas que Original Medicare pagaría, el total de nuestro reembolso por esos servicios puede ser menor que los montos que usted pagó al proveedor extranjero. Se le reembolsará en función del servicio cubierto

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

prestado menos el monto de costo compartido aplicable. Esto representa el pago total. Es posible que sea responsable de los montos que superen nuestro monto de pago. Si elige recibir servicios no cubiertos, usted es responsable del cargo total asociado al servicio no cubierto. Este es un beneficio complementario que no suele estar cubierto por Medicare. Debe presentar un comprobante de pago a Healthfirst para obtener un reembolso. Consulte el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*) para obtener más información. Si usted ya ha pagado los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte que nos corresponde del costo por los servicios cubiertos. Puede enviarnos la factura con los registros médicos y otra documentación requerida para que consideremos el pago. Signature (PPO) de Healthfirst no cubrirá ningún medicamento recetado de la Parte D que reciba como parte de su visita de atención de emergencia en otro país. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 (*Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago*).

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso mediante el envío de una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación en el plazo de un año** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede completar nuestro formulario de reembolso para miembros del Plan Medicare de Healthfirst para solicitar su pago.

- Usted no tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. La información que necesitaremos para procesar la decisión es:
 - el motivo de su solicitud de reembolso;
 - su número de identificación de miembro;
 - su nombre tal como aparece en la identificación de miembro;
 - su número de teléfono;
 - los detalles de la atención o del servicio que recibió (incluida la fecha y la descripción);
 - la información de contacto del proveedor;
 - y el monto que pagó;
 - documentación de respaldo (que muestra evidencia de pago).

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

- Debe ser clara y legible.
 - Incluya su número de miembro en la parte superior de cada página de toda documentación de respaldo.
 - No envíe los recibos originales, solo envíe copias.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web en [HFMedicareMaterials.org](https://www.HFMedicareMaterials.org) o llame a Servicios a los Miembros y solicite el formulario.

Si solicita un reembolso de un servicio médico cubierto, envíe por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o los recibos a la dirección siguiente:

Healthfirst Member Services Department
C/O Performance Support Team
P.O. Box 5165
New York, NY 10274-5165

Si solicita el reembolso de un medicamento cubierto de la Parte D, envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Medicare Part D Paper Claim
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

El recibo original de farmacia debe incluir:

- Nombre del paciente
- Número de la receta
- Número del código nacional del medicamento (National Drug Code, NDC)
- Fecha de surtido
- Cantidad métrica
- Cargo total
- Días de suministro para su receta (es posible que deba pedirle a su farmacéutico esta información de “días de suministro”)
- Nombre y dirección de la farmacia o número NABP de la farmacia

Debe enviarnos su reclamación en el plazo de *un año* a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios a los Miembros (los números de teléfono figuran al dorso de este manual). Si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea brindarnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Nuestra parte del costo podría no ser el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). Si 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.
- 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. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y congruente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Member Services at 1-833-350-2910, TTY users should call 1-888-542-3821. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios de carácter médico y no médico se proporcionen teniendo en cuenta la diversidad cultural y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con conocimientos limitados de inglés, capacidad de lectura limitada, discapacidad auditiva o personas de diverso origen cultural o étnico. Algunas de las formas en que el plan cumple con el requisito de accesibilidad a los servicios incluyen, entre otras, servicios de traducción e interpretación, mensajes de teletipo o TTY (aparato telegráfico que permite transmitir directamente un mensaje por texto).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en letra de mayor tamaño o en otros formatos alternativos si lo necesita, sin costo.

Tenemos la obligación de brindarle la información sobre los beneficios del plan de una manera que sea accesible y adecuada para usted. Para recibir información de una manera conveniente y efectiva, llame a Servicios a los Miembros.

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecerles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en el cuidado de la salud de la mujer dentro de la red para recibir servicios de cuidado médico de rutina y preventivo para la mujer.

Si no contamos con proveedores disponibles dentro de la red para una especialidad, el plan debe buscar proveedores fuera de la red para esa especialidad que le proporcionen el cuidado que usted necesita. En este caso, usted pagará solamente el costo compartido correspondiente a un servicio dentro de la red. Si no encuentra especialistas dentro de la red del plan que ofrezcan el servicio que usted necesita, llame al plan para que le proporcionen información dónde obtener este servicio con costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, para programar una consulta con un especialista en el cuidado de la salud de la mujer o para encontrar un especialista dentro de la red, puede llamar para presentar una queja formal ante 1-833-350-2910, TTY 1-888-867-4132. También puede presentar un reclamo ante Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de derechos civiles 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697).

您的計劃必須確保所有服務（臨床及非臨床服務）均以符合文化傳統的方式提供，並且所有註冊會員（包括英語能力有限的會員、閱讀能力有限的會員、聽力殘障的會員或有多元文化與種族背景的會員）均可獲得所有服務。計劃能如何滿足使用要求的例子包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或TTY（文字電話或電傳打字機電話）的連接。

我們的計劃有免費口譯服務，能夠解答不講英語的會員所提出的疑問。如果您有需要，大字印本或其他形式為您提供資訊。我們必須以您能夠使用的恰當形式為您提供計劃福利的資訊。如要以適合您的方式獲得我們提供的資訊，請致電會員服務部。

我們的計劃必須為女性註冊會員提供直接看網絡內女性健康專科醫生的選項，讓其獲得女性常規與預防醫療護理服務。

如果計劃的網絡內沒有專科服務提供者，計劃有責任尋找網絡外專科服務提供者來為您提供必要的醫療護理。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現計劃網絡內沒有專科醫生能提供您所需要的服務，請致電計劃，獲得有關如何以網絡內分攤費用獲得此項服務的資訊。

如果您在以您能夠使用的恰當形式獲得我們計劃提供的資訊、看女性健康專科醫生或尋找網絡內專科醫生方面有困難，請致電提出申訴，1-833-350-2910，TTY 1-888-542-3821。您也可致電1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）向聯邦老人醫療保險提出投訴，或者直接致電1-800-368-1019或聽力語言殘障服務專線TTY 1-800-537-7697向民權辦公室提出投訴。

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor para su atención.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de sus proveedores *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su 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.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina **Aviso sobre prácticas de privacidad**, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindar su información sobre la salud a Medicare, incluyendo la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; normalmente, esto requiere que la información que identifica de forma única no se comparta.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle un cargo por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios a los Miembros.

Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptar su solicitud si nos informa que podría estar en peligro si no lo hacemos.

Puede solicitarnos que no utilicemos o compartamos cierta información de salud con fines de tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos rechazarla si eso afecta su atención. Sin embargo, si nos informa que estaría en peligro si no la aceptamos, entonces debemos aceptar su solicitud.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro del Plan Signature (PPO) de Healthfirst, tiene derecho a obtener distintos tipos de información de parte nuestra.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también

proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

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

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

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

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 hacer lo siguiente:

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

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

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

- **Obtener el formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios a los Miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

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

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado directrices anticipadas y cree que un médico o el hospital no han seguido las instrucciones, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York a la siguiente dirección:

The New York State Department of Health
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, Nueva York 12237-0062
1-800-206-8125
managedcarecomplaint@health.ny.gov

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Sección 1.7 ¿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, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

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

- Puede **llamar a Servicios a los Miembros.**
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP).** Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios a los Miembros.**
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP).** Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf>).
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios a los Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos recetados, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **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:
 - Usted debe continuar pagando sus primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si le corresponde pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Incluso **si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**, también denominado reclamos.

Ambos procesos han sido autorizados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

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 facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa 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 o determinación de riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad para obtener la ayuda o información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, es

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

posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare realice lo siguiente:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede ingresar en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

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

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

Sí.

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

No.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

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

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

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

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 su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada

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

de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de 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.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 5.4** de este capítulo.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

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

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios a los Miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Llame a Servicios a los Miembros y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web HFMedicareMaterials.org).

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

- Su médico puede solicitar en su nombre una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o medicamentos recetados de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios a los Miembros y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web HFMedicareMaterials.org.) El formulario le da permiso a esa persona para 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.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicará su derecho a solicitar a la Oficina de Audiencias Administrativas que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?
--

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

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios a los Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP.

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

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

En esta sección se describen los beneficios que tiene de atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las normas para artículos y 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 la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

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

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. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

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

Términos legales

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

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se toma en un plazo de 14 días calendario o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o dentro de las 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para poder obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría *afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:
 - Que usaremos los plazos estándar.
 - Que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.

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

- Cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud de un **artículo o servicio médico**. Si está solicitando un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más tiempo que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

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

- **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.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales**

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

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

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, una apelación estándar se tramita en 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicitar a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos por teléfono. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación.

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

Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - 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 de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **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 nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su apelación. Si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su afección médica así lo exige.

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

- No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario** adicionales si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

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

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés “Independent Review Entity”).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso**.
- 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 toda la información relacionada con su apelación.

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

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

La organización de revisión independiente le comunicará la decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos recetados de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de

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

atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama confirmar la decisión o rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explique su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
- Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra.

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago del costo dentro de 30 días calendarios, pero no después de 60 días calendario, después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

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

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para hacerlo más simple, generalmente utilizamos el término *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto o medicamento de la Parte D* en cada oportunidad. También utilizaremos el término Lista de medicamentos, en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

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

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

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, la autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento recetado que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **excepción al Formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **excepción al Formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. A continuación se presentan tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona que receta pueden solicitarnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de

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

medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos de Nivel 4 (medicamentos no preferidos). No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambio de la cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.** Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.
 - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
 - No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel 5 (medicamentos especializados).
 - Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones**Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

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

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos pide una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no le resulten efectivos para usted o que sea probable que le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción**Término legal**

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**

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

- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:
 - Que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web en HFMedicareMaterials.org. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información para identificar la reclamación denegada que quiere apelar.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

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

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 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 se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

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

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **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 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 se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

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 de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos 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. También le informaremos cómo puede apelar.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales**

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, encontrará la información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, presente la apelación por escrito o llámenos al 1-877-779-2959.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web en [HFMedicareMaterials.org](https://www.HFMedicareMaterials.org). Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es

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

posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar la apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **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 para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección 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. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** 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 para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

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

- 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 de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

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

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

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés “Independent Review Entity”).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del 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 comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su archivo de caso**.

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

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días** calendario después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

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

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **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.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de que hayamos recibido la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud para reembolsarle** el costo de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que hayamos recibido la decisión de la organización de revisión.

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

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad de** su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explique su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: 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 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa 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.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos**

Dentro de los dos días calendario de su ingreso al hospital, 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. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios a los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Dice lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, 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 hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso para tener 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 dos días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios a los Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital**

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, 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.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios a los Miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Compruebe si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
 - **Si usted cumple con este plazo,** es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar* por ello mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo,** comuníquese con nosotros. Si 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 después de la fecha prevista del alta.

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

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después en que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios a los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

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

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.

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

- 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 brinde su respuesta a la 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 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

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

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** calendario después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.***Si la organización de revisión la acepta:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**

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

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 <i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios:</i> Servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)
--

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos 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 solicitar una apelación.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura****Término legal**

Aviso de falta de cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
 - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios a los Miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad.

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

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Después de un día entero de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán la decisión que han tomado.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*¿Qué sucede si los revisores rechazan?*

- Si los revisores *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
- 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 ambulatorios (CORF) *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.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

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

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** calendario después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán sobre su apelación en un plazo de 14 días después de recibirla y le informarán su decisión.*¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?*

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos**

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

seguir brindando cobertura para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.

- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la respuesta es un rechazo, usted 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 desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y superiores**Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.**

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador 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. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le

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

indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su 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. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación finaliza.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no.***
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS**SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes****Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?**

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios a los Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios a los Miembros u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

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

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones).</p>	<p>Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha pedido que le demos una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones. En ese caso, puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados. En ese caso, puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente. En ese caso, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se denomina **interponer un reclamo**.
- **Usar el proceso para quejas** también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios a los Miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios a los Miembros se lo indicará.

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

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede realizar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Si desea presentar una queja por escrito, envíela a Healthfirst Medicare Plan, Appeals and Grievances Unit, P.O. Box 5166, New York, NY 10274-5166.** Si envía su queja por escrito, se la responderemos de la misma manera. Para presentar una queja, debe hacerlo no más de 60 días calendario después de la fecha del evento o incidente sobre el que nos escribe o nos llama. Responderemos a su queja tan pronto como lo requiera su caso en función de su estado de salud, ya sea por escrito o por teléfono (o ambos), a más tardar, 30 días calendario después del día en que recibamos su queja. Puede presentar una queja sobre el tiempo que demoramos en tomar una determinación de cobertura o una determinación de la organización (también denominadas decisiones de cobertura); por ejemplo, si extendimos el plazo para tomar una decisión de cobertura o denegamos su solicitud de otorgar una decisión de cobertura acelerada (rápida). Para estos tipos de problemas, usted puede presentar una queja expedita (acelerada). Responderemos por teléfono en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibamos su queja. Le daremos una explicación por escrito de nuestra resolución para la queja en un plazo de 3 días calendario.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

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

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad**

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

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede enviar una queja sobre el Plan Signature (PPO) de Healthfirst directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cómo cancelar su membresía en el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en el Plan Signature (PPO) de Healthfirst puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos recetados y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

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

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 inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija 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 de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
 - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan 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 inscripción abierta de Medicare Advantage.

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de adquisición del derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

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

En ciertas situaciones, los miembros del Plan Signature (PPO) de Healthfirst pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si usted es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.

- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de adultos mayores o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para personas de edad avanzada (PACE, por sus siglas en inglés).
- **Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar de plan.

Si usted recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

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

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

- **Llame a Servicios a los Miembros.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y usted 2025).
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.• Su inscripción en el Plan Signature (PPO) de Healthfirst se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.• Su inscripción en el Plan Signature (PPO) de Healthfirst se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con Servicios a los Miembros.• También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Su membresía en el Plan Signature (PPO) de Healthfirst se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

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

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.

Siga usando las farmacias dentro la red o el pedido por correo para surtir sus recetas.

Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 El Plan Signature (PPO) de Healthfirst debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

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

El Plan Signature (PPO) de Healthfirst debe cancelar su membresía en el plan si se produce alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios a los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
 - Tenga en cuenta lo siguiente: Si se encuentra en Florida, puede estar fuera de nuestra área de servicio durante un máximo de 12 meses.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos recetados.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios a los Miembros.

Sección 5.2 <u>No podemos</u> solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

El Plan Signature (PPO) de Healthfirst no puede pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan
--

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas en virtud de esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que usted reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la prohibición de discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, origen, color de piel, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, antecedentes médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley Contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud Asequible, 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.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios a los Miembros. Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios a los Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, el Plan Signature (PPO) de Healthfirst, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el secretario en virtud de las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la sección 411 del Título 42 del CFR. Además, las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro.

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

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o de pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro del Plan Signature (PPO) de Healthfirst, usted solo debe pagar los montos del costo compartido de nuestro plan cuando obtiene los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que usted debe pagar.

Período de beneficios: un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada, y finaliza cuando recibe el alta. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son igual de seguros y eficaces que el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden reemplazar el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía 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 son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted ha gastado (u otras partes calificadas han gastado en su

nombre) \$2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan de Necesidades Especiales de Atención Crónica: los C-SNP (por sus siglas en inglés) son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en el artículo 422.2 del Título 42 del CFR, incluida la restricción de la inscripción en función de varios grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente relacionadas especificadas en el artículo 422.4(a)(1)(iv) del Título 42 del CFR.

Coseguro: monto que es posible que deba pagar, expresado como porcentaje (por ejemplo, el 20%) como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados después de que usted pague los deducibles.

Gasto máximo de bolsillo combinado: monto máximo que usted pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B de los proveedores dentro de la red (preferidos) y de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Queja: el nombre formal para “presentar una queja” es “**interponer un reclamo**”. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no cumple los plazos establecidos en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente ambulatorio en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: el monto que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los niveles de costos compartidos. En general, cuanta más alta sea la categoría de costos compartidos, más alto será su costo para el medicamento.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que debe pagar por el medicamento recetado. En general, si usted trae su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para hablar de todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: es el término que utilizamos en esta EOC para referirnos a todos los servicios y suministros de cuidado de la salud cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados 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 recetados de Medicare.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de adultos mayores, centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Tasa de costo compartido diario: es posible que se aplique una tasa de costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su “costo compartido diario” es de \$1 por día.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la inscripción o Cancelación de la inscripción: el proceso de cancelar su membresía en nuestro plan.

Costo de suministro: es un cargo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del/la farmacéutico/a para preparar y envasar el medicamento.

Planes de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés): los D-SNP inscriben a personas con derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro

Social) como a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, bombas de infusión por vía intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitados por un proveedor para el uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) son brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y otros anexos, las cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan le exige una autorización previa de un medicamento y desea que eliminemos la restricción, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

“Ayuda Adicional”: programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: medicamento recetado que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha aprobado por contener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca, pero generalmente cuesta menos.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre el plan, los proveedores o las farmacias, incluida una queja con respecto a la calidad de su atención. Esto no incluye las disputas por pagos o cobertura.

Asistente médico a domicilio: una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades del personal de enfermería o de terapeutas certificados, como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Cuidados paliativos: beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido diagnosticado con una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual acorde al ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés): si los ingresos brutos ajustados y modificados que informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años superan un monto determinado, deberá pagar el importe estándar de la prima más un monto de ajuste mensual acorde al ingreso, también denominado IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Asociación de Prácticas Independientes (Independent Physician Association, IPA): una asociación organizada y propiedad de una red de prácticas médicas independientes. Consulte la Sección 6 del Capítulo 1 (*Mantener actualizado su registro de miembro del plan*).

Etapas de cobertura inicial: la etapa antes de que sus gastos de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto límite de gastos de bolsillo.

Período de inscripción inicial: cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluido el mes en el que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Programa de descuentos del fabricante: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en los acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Monto máximo de gastos de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por sus medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica): es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid del estado varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (generalmente aquellas personas que tienen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período que abarca desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces es llamado Parte C de Medicare. Plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés), o iv) un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la cobertura de la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Plan Medicare Cost: un plan Medicare Cost es un plan operado por una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) o un plan médico competitivo (CMP, por sus siglas en inglés) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud del artículo 1876(h) de la Ley.

Servicios cubiertos por Medicare: son servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios dentales, de la audición o de la vista, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los planes de costo de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los programas piloto o de demostración, y los Programas de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE, por sus siglas en inglés).

Monto límite de Medicare: monto superior al monto aprobado por Medicare que los proveedores no participantes (fuera de la red) pueden cobrar. Estos proveedores aceptan Medicare, pero no aceptan el monto aprobado por Medicare para los servicios de atención médica como pago completo. El monto límite es de hasta un 15% por encima del monto aprobado por Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios, que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden las compañías de seguros privadas para llenar las *brechas* de Original Medicare. Las pólizas Medigap sólo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona que tiene Medicare y que es elegible para recibir los 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).

Servicios a los Miembros: departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas acerca de su membresía, sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la cual los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas si se surten en las farmacias de la red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago

total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan proveedores del plan.

Determinación de la organización: una decisión que nuestro plan toma sobre si los artículos o servicios están cubiertos, o sobre cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se denomina “producto de referencia”.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de “pago por servicio”): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. De acuerdo con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos por medio del pago a los doctores, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud las cantidades de pago establecidas por el congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen a nuestro plan o no están operados por el plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de “costo compartido” anterior. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de gastos de bolsillo de un miembro.

Límite de gastos de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: plan de un Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo para personas frágiles con el fin de que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de adultos mayores) en tanto sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecerle o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Plan de una organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de una organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la parte de la red de una PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen autorización previa de nuestro plan. En una PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, es aconsejable que verifique con su plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y cuál será su parte que le corresponde del costo. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Prótesis y productos ortopédicos: son artículos para la salud que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, que incluyen los suministros para ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la mejora de calidad (QIO por sus siglas en inglés): es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Límites a la cantidad: una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionadas por motivos relacionados con la calidad, la seguridad o la utilización. Los límites pueden ser a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: ubicación geográfica donde debe residir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su membresía si se muda de manera permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de enfermería especializada o rehabilitación brindados de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por personal de enfermería registrado o un médico.

Período de inscripción especial: momento establecido en el que los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos, o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un período de inscripción especial son: si se muda fuera del área de servicios, si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados, si se muda a un hogar de adultos mayores o si incumplimos con nuestro contrato.

Terapia escalonada: herramienta de utilización que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del programa SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios a los Miembros de Signature (PPO) de Healthfirst

Método	Información de contacto de Servicios a los Miembros
LLAME AL	(833) 350-2910 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Servicios a los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	(888) 542-3821 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
ESCRIBIR	Healthfirst Medicare Plan Member Services P.O. Box 5165 New York, NY 10274-5165
SITIO WEB	healthfirst.org/signature-plan-ppo

Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguro Médico (HIICAP) (SHIP de Nueva York)

El HIICAP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local y gratuito sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-701-0501
ESCRIBIR	<p>Condado de Nassau: Nassau County Department of Senior Citizen Affairs 60 Charles Lindbergh Boulevard, Suite #260 Uniondale, NY 11553-3691 seniors@hnsnassaucountyny.us</p> <p>Ciudad de Nueva York: New York City Department for the Aging Office of Public Affairs 2 Lafayette Street New York, NY 10007 nyc.gov/html/mail/html/mailedfta.html</p>

Método	Información de contacto
	<p>Condado de Rockland: Rockland County Office for the Aging 50 Sanatorium Road, Bldg. B Pomona, NY 10970 http://rocklandgov.com/contact-us/</p> <p>Condado de Suffolk: Office for the Aging H. Lee Dennison Building 100 Veterans Memorial Highway Hauppauge, NY 11788-0099 aging.office@suffolkcountyny.gov</p> <p>Condado de Westchester: Department of Senior Programs & Services 9 South First Avenue, 10th Floor Mt. Vernon, NY 10550-3414 https://seniorcitizens.westchestergov.com/senior-programs-and-services/contact-us</p>
SITIO WEB	aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA) De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información, a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso de No Discriminación

Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles. **Healthfirst** no excluye, ni trata diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Healthfirst proporciona lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se puedan comunicar con nosotros:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información en otros formatos (letra grande, audio, formato electrónico accesible y otros)
- Servicios gratuitos de idioma para personas cuyo primer idioma no sea el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **Healthfirst** al **1-866-305-0408**.
Para usar los servicios TTY, llame al **1-888-867-4132**.

Si usted cree que **Healthfirst** no ha proporcionado estos servicios o le ha tratado de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante **Healthfirst** por:

- **Correo postal:** Healthfirst Member Services, P.O. Box 5165, New York, NY 10274-5165
- **Teléfono:** 1-866-305-0408 (para servicios TTY, llame al 1-888-867-4132)
- **Fax:** 1-212-801-3250
- **En persona:** Vaya a una de las oficinas locales de Healthfirst. Para ver las ubicaciones y los horarios de atención, consulte la página **Healthfirst.org/CommunityOffices**

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

- **En la página web:** Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- **Por correo postal:** U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201
Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Por teléfono:** 1-800-368-1019 (TTY 800-537-7697)

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-305-0408. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-305-0408. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-305-0408。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-305-0408。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsalting-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalting-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-305-0408. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-305-0408. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-305-0408 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-305-0408. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-305-0408번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-305-0408. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا . للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-305-0408. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-305-0408 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-305-0408. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-305-0408. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-305-0408. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-305-0408. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-305-0408にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。



Healthfirst Medicare Plan

P.O. Box 5165

New York, NY 10274-5165

1-833-350-2910

TTY 1-888-867-4132

(para personas con problemas de audición o del habla)

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,

los 7 días de la semana (octubre a marzo)/

de lunes a viernes (abril a septiembre)