INTEGRA
Managed Care

# EVIDENCIA DE COBERTURA 2022

## Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP)

integramanagedcare.com

H1205_2022 EOC Synergy 002_006_C

**Del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2022**

# Evidencia de cobertura:

## Sus beneficios y servicios médicos y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP)

Este cuadernillo le brinda información detallada sobre su cobertura médica, de atención médica a largo plazo, de servicios comunitarios y domiciliarios y de medicamentos recetados de Medicare y Medicaid desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. **Se trata de un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), es ofrecido por Integra MLTC (conocido comercialmente como Integra Managed Care). (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros," "nos" o "nuestro", se refiere a Integra MLTC (DBA Integra Managed Care). Cuando dice "plan" o "nuestro plan," se refiere a Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).

Comuníquese con nuestro número del Servicio de Atención al Cliente al 1-877-388-5195 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre.

Esta información está disponible en diferentes formatos, inclusive en español, en braille, en letras grandes y cintas de audio. Llame a Servicio de Atención al Cliente al número que aparece arriba si necesita información del plan en otro formato o idioma.

Los beneficios, las primas, el deducible o los copagos/coaseguros pueden variar el 1 de enero de 2023.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

ATENCIÓN: si habla español, los servicios de asistencia lingüística están disponibles de forma gratuita. Llame a Servicios para Miembros de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) al número que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratis.

注意：如果您講中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP)會員服務部：1-877-388-5195。（聽力障礙電傳：711）。該電話免費。「

H1205_2022 EOC Synergy 002_006_C

# Evidencia de cobertura para el 2022

## Tabla de contenidos

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Para obtener más ayuda y encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

**Capítulo 1. Su inicio como miembro ..... 3**

Le explica qué significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo utilizar el presente cuadernillo. Le indica los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener su registro de membresía actualizado.

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes ..... 19**

Le informa cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP)) y con otras organizaciones, incluido Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización de Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization), el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board).

**Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y *otros servicios cubiertos* ..... 44**

Explica conceptos importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto) ..... 63**

Incluye información detallada sobre los tipos de atención médica cubiertos y *no* cubiertos que usted obtiene como miembro de nuestro plan.

**Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D ..... 124**

Explica las reglas que debe seguir al obtener sus medicamentos recetados de la Parte D. Indica cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* para saber qué medicamentos están cubiertos. Le informa qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones a las que está sujeta la cobertura de determinados medicamentos. Especifica dónde puede adquirir sus recetas médicas.

Contiene información sobre los programas del plan sobre seguridad y manejo de medicamentos.

**Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D ..... 152**

**Capítulo 7. Solicitarnos el pago de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos ..... 155**

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiera solicitarnos que le paguemos por sus medicamentos o servicios cubiertos.

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades ..... 163**

Explica los derechos y responsabilidades que tiene usted como miembro de nuestro plan. Le informa lo que puede hacer si piensa que no se están respetando sus derechos.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) ..... 178**

Le indica paso a paso qué hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones, si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que a su criterio están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos hacer excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales de su cobertura de los medicamentos recetados, así como solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos, si considera que la cobertura finaliza demasiado pronto.
- Explica cómo realizar las quejas acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicios al cliente y otras inquietudes.

**Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan ..... 242**

Explica cuándo y cómo puede finalizar su membresía en el plan. Explica diferentes situaciones en las que nuestro plan le exige que finalice su membresía.

**Capítulo 11. Avisos legales ..... 254**

Incluye avisos sobre las leyes vigentes y sobre la no discriminación.

**Capítulo 12. Definiciones de términos importantes ..... 259**

Explica los términos clave utilizados en el presente cuadernillo.

# CAPÍTULO 1.

*Su inicio como miembro*

# Capítulo 1. Su inicio como miembro

**SECCIÓN 1 Introducción ..... 5**
Sección 1.1 Usted está inscrito en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage Plan (Plan para Necesidades Especiales) ..... 5
Sección 1.2 ¿Sobre qué trata el cuadernillo *Evidencia de cobertura*? ..... 6
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* ..... 6

**SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan? ..... 7**
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad ..... 7
Sección 2.2 ¿Qué es la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare? ..... 8
Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid? ..... 8
Sección 2.4 Aquí está el área de servicio del plan para Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) ..... 9
Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o presencia legal ..... 9

**SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros? ..... 10**
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan. Úsela para obtener todos los medicamentos recetados y atención médica cubierta. ..... 10
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: Su guía de todos los proveedores y las farmacias de la red del plan ..... 11
Sección 3.3 La lista de *medicamentos cubiertos del plan (Formulario)* ..... 12
Sección 3.4 La *Explicación de beneficios* de la *Parte D* (la "EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos realizados por los medicamentos recetados de la Parte D ..... 12

**SECCIÓN 4 Su prima mensual de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) ..... 13**
Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan? ..... 13
Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? ..... 14

**SECCIÓN 5 Mantenga actualizado el registro de la membresía de su plan ..... 15**
Sección 5.1 Cómo podemos garantizar que la información que tenemos sobre usted es precisa ..... 15

**SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de la información personal sobre su salud ..... 16**
Sección 6.1 Nos aseguramos de que la información sobre su salud esté protegida ..... 16

**SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan ..... 16**
Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otros seguros? ..... 16

# SECCIÓN 1 Introducción

## Sección 1.1 Usted está inscrito en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage Plan (Plan para Necesidades Especiales)

Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

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

Ha elegido obtener la atención médica de Medicare y Medicaid y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) es un plan especializado Medicare Advantage Plan (un "Plan para Necesidades Especiales" de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid de New York con su costo compartido de las Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguros), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid de New York también le proporciona otros beneficios al cubrir servicios de atención médica, entre los que se incluye la atención médica a largo plazo, determinados servicios comunitarios y domiciliarios, y determinados servicios odontológicos que no suelen estar cubiertos por Medicare. También recibirá "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) ayudará a gestionar todos estos beneficios para que usted pueda recibir los servicios de atención médica y la asistencia con el pago que tiene derecho de recibir.

Una empresa privada administra Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan para Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Además, el plan tiene contrato con el programa Medicaid del estado de New York para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle cobertura

de atención médica de Medicare y Medicaid, incluida atención médica a largo plazo, servicios comunitarios y domiciliarios, y cobertura de medicamentos recetados.

**La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) que aparece a continuación: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para más información.

## Sección 1.2 ¿Sobre qué trata el cuadernillo *Evidencia de cobertura*?

Este cuadernillo *Evidencia de cobertura* le informa cómo obtener atención médica, atención a largo plazo, servicios comunitarios y domiciliarios y medicamentos recetados cubiertos de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan. Este cuadernillo le explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y cuánto paga usted como miembro de este plan.

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" hacen referencia a la atención médica y a los servicios comunitarios, domiciliarios y de atención a largo plazo, y a los medicamentos recetados que tiene a disposición como miembro de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).

Es importante que conozca cuáles son las normas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que se tome un tiempo para familiarizarse con este cuadernillo *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

## Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

### Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que usted reciba de nuestra parte sobre cambios a su cobertura o condiciones que puedan afectarla. Estos avisos a veces se llaman "anexos" o "modificaciones".

El contrato está en vigor durante los meses en los que esté inscrito en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), entre el 1 de Enero de 2022 y el 31 de Diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Integra Synergy Medicaid Advantage

Plus (MAP) (HMO SNP) después del 31 de Diciembre de 2022. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de Diciembre de 2022.

### Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid) y Medicaid deben autorizar a Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) todos los años. Usted puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre y cuando elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare y Medicaid renueven su aprobación del plan.

## SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser un miembro del plan?

### Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

*Es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:*

- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare (la sección 2.2 le explica acerca de la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare).
- -- *Y* -- viva en nuestra área geográfica de servicio (a continuación, la sección 2.3 describe nuestra área de servicio).
- -- *Y* -- sea un ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente presente en los Estados Unidos.
- -- *Y* -- reúna los requisitos especiales de elegibilidad que se describen más adelante.

### Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

- Debe ser capaz, en el momento de la afiliación, de regresar o permanecer en su hogar y en la comunidad sin poner en peligro su salud y seguridad, según los criterios proporcionados por el Departamento de Salud del Estado de New York.
- Debe ser elegible para el nivel de atención de una residencia para personas mayores (a partir del momento de la afiliación).
- Debe requerir gestión de atención y necesitar al menos uno de los siguientes servicios cubiertos por más de 120 días a partir de la fecha de entrada en vigor de la inscripción:
    - Servicios de enfermería domiciliaria
    - Terapias domiciliarias
    - Servicios de asistente para la salud en el hogar

  - Servicios de atención personal domiciliaria
  - Atención médica diurna para adultos
  - Servicio privado de enfermería
  - Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor
- Debe tener 18 años o más.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se prevé razonablemente que pueda recuperar la elegibilidad en un plazo de 3 meses, sigue siendo elegible para ser miembro de nuestro plan (la sección 2.1 del capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad que se considera continua).

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

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

- Por lo general, la Parte A de Medicare cubre los servicios prestados por hospitales (por servicios para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare se utiliza mayormente para el resto de los servicios médicos (como los servicios de un médico, la terapia de infusión en el hogar y otros servicios ambulatorios) y para ciertos artículos (como suministros y equipos médicos duraderos [DME]).

## Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos y la atención a largo plazo a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué incluye dentro de ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. También pueden decidir el modo de administrar su programa, siempre y cuando sigan las pautas federales.

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Estos "Programas de Ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario de Medicare Calificado (QMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos) e incluye los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificado (SLMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B e incluye los beneficios completos de Medicaid.

## Sección 2.4 Aquí está el área de servicio del plan para Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP)

Aunque Medicare es un programa federal, Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) se encuentra disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para mantenerse como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. A continuación se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de New York: Bronx, Kings, Nassau, New York y Queens.

Si tiene pensado mudarse a un estado nuevo, también puede ponerse en contacto con la oficina estatal de Medicaid y preguntar cómo afectará esta mudanza a sus beneficios de Medicaid. Encontrará los números telefónicos de Medicaid en la sección 6 del capítulo 2 del presente cuadernillo.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos figuran en la contratapa de este cuadernillo). Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de medicamentos o atención de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o si cambia su dirección postal. Puede encontrar números telefónicos e información de contacto del Seguro Social en el capítulo 2, sección 5.

## Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o presencia legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser un ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro en función de este requisito. Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

## SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?

### Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan. Úsela para obtener todos los medicamentos recetados y atención médica cubierta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que reciba servicios cubiertos por dicho plan y para los medicamentos recetados que adquiera en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Esta es una muestra de la tarjeta de membresía para que sepa qué aspecto tendrá la suya:

Mientras sea miembro de este plan, NO debe utilizar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Conserve su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede solicitar que la muestre si necesita servicios hospitalarios o de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación de rutina.

**Aquí verá por qué esto es tan importante:** Si obtiene servicios cubiertos con su tarjeta Medicare roja, blanca y azul en lugar de usar su tarjeta de membresía de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) mientras es miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo completo.

Si la tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o es robada, llame de inmediato a Servicio de Atención al Cliente y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números telefónicos de Servicio de Atención al Cliente figuran en la contratapa de este cuadernillo).

## Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: Su guía de todos los proveedores y las farmacias de la red del plan

El *Directorio de proveedores y farmacias* contiene una lista de nuestros proveedores de la red y proveedores de equipos médicos duraderos de Medicare y Medicaid. También incluye una lista de las farmacias de nuestra red.

### ¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos coordinado para que estos proveedores ofrezcan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista actualizada de proveedores y abastecedores está disponible en nuestro sitio web en https://www.integramanagedcare.com/provider-search.

### ¿Qué son las "farmacias de la red"?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado proveer los medicamentos recetados cubiertos a nuestros miembros del plan.

### ¿Por qué necesita saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras sea miembro de nuestro plan debe usar los proveedores de la red para obtener sus servicios y atención médica. Las únicas excepciones son emergencias, servicios necesarios con urgencia cuando la red no está disponible (por lo general, cuando está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

### ¿Por qué debe saber cuáles son las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para ubicar la farmacia de la red que desea usar. Hay un Directorio de proveedores y farmacias actualizado en nuestro sitio web en https://www.integramanagedcare.com/provider-search. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de farmacias 2022 para comprobar qué farmacias están en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia en el Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos figuran en la contratapa de este cuadernillo). Puede llamar en cualquier momento a Servicios al Miembro para obtener más información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas sus cualificaciones. Además, puede solicitar

información sobre cualquier cambio en nuestra red de farmacias. También puede ver el Directorio de proveedores y farmacias en https://www.integramanagedcare.com/provider-search o descargarlo desde este sitio web. Tanto Servicio de Atención al Cliente como el sitio web pueden darle información actualizada sobre cambios en nuestra red de proveedores y farmacias.

## Sección 3.3 La lista de *medicamentos cubiertos del plan (Formulario)*

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).* La llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le informa cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de *Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP)*.

Además, la Lista de medicamentos le informa si existe alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más reciente y completa sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (https://www.integramanagedcare.com/member-resources)) o llamar a Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos figuran en la contratapa de este cuadernillo).

## Sección 3.4 La *Explicación de beneficios* de la *Parte D* (la "EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos realizados por los medicamentos recetados de la Parte D

Cuando usted utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a entender y llevar un registro de los pagos de sus medicamentos recetados estipulados en la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o "EOB de la Parte D").

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante cada mes en que se usa el beneficio de la Parte D. La Explicación de beneficios de la Parte D brinda más información acerca de los medicamentos que toma, como los aumentos de precios y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con el profesional que le receta los medicamentos acerca de estas opciones con precios más bajos. El capítulo 5 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le brinda más información

sobre la *Explicación de beneficios* y la forma en que puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* también está disponible si la solicita. Para obtener una copia, póngase en contacto con Servicios al Miembro (los números telefónicos figuran en la contraportada de este cuadernillo).

## SECCIÓN 4 Su prima mensual de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP)

### Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan?

Usted no paga una prima mensual aparte para Integra Synergy (MAP) (HMO SNP).

#### En algunos casos, la prima de su plan puede ser mayor

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor a la indicada en la sección 4.1. Dichas situaciones se describen a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** por no unirse al plan de medicamentos de Medicare cuando son elegibles por primera vez o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron cobertura por medicamentos recetados "acreditable". (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.
    - Si pierde la Ayuda Adicional, estará sujeto a la multa por inscripción tardía si se queda sin cobertura de la Parte D o de otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días corridos o más.
    - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.
- Algunos miembros pueden pagar un monto adicional para la Parte D, conocido como montos del ajuste mensual según el ingreso (IRMAA). Esto se debe a que, hace 2 años, su ingreso bruto ajustado modificado fue superior a un cierto monto según lo informado en la declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Los miembros que están sujetos a IRMAA deberán pagar la prima estándar y este monto adicional, que se agregará a su prima.

### Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explicó en la sección 2 anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid, como así también tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para ella de forma automática) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

- Si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en la declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) desde hace 2 años supera un monto determinado, usted pagará el monto de la prima estándar y el ajuste mensual acorde a su ingreso, denominado IRMAA. IRMAA es un cargo extra agregado a su prima. Si le corresponde pagar un monto adicional, será el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, quien le enviará una carta indicándole el monto adicional que debe pagar. Si se vio afectado por un evento importante que perjudicó su ingreso, pídale al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo paga, se cancelará su inscripción al plan.**
- También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar 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 puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del manual *Medicare y Usted 2022* le brinda información sobre estas primas en la sección llamada “Costos de Medicare 2022”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare y Usted 2022* todos los años en el otoño. Los miembros nuevos de Medicare la recibirán durante el mes siguiente a su inscripción. También puede descargar una copia del manual *Medicare y Usted 2022* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa por teléfono 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.

## Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

**No.** No podemos comenzar a cobrar otra prima mensual del plan durante el año.

# SECCIÓN 5 Mantenga actualizado el registro de la membresía de su plan

## Sección 5.1 Cómo podemos garantizar que la información que tenemos sobre usted es precisa

Su registro de membresía tiene la información tomada de su formulario de inscripción, el cual incluye su dirección y número telefónico. Muestra su cobertura específica del plan, incluido su médico de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red del plan deben contar con la información correcta sobre su persona. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para verificar qué servicios y medicamentos tiene usted cubiertos y los montos de costos compartidos.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

### Comuníquenos acerca de estos cambios:

- Cambios a su nombre, su dirección o su número telefónico
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, la de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación al trabajador o Medicaid)
- Si usted tiene reclamaciones de responsabilidad, como reclamaciones producto de un accidente de tránsito
- Si ha sido internado en un hogar de reposo
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable designada (por ejemplo, el encargado de sus cuidados)
- Si participa en un estudio de investigación clínica

Si cualquier parte de esta información cambia, le solicitamos que nos lo comunique llamando a Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar números telefónicos e información de contacto del Seguro Social en el capítulo 2, sección 5.

### Lea la información que le enviamos acerca de cualquier otra cobertura de seguro que posea

Medicare nos exige que reunamos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le corresponden por nuestro plan. (Para obtener más

información sobre la forma en que nuestra cobertura funciona cuando usted tiene otro seguro, consulte la sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos recetados de los que tengamos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si cuenta con otra cobertura que no figura en la lista, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

### Sección 6.1 Nos aseguramos de que la información sobre su salud esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico y la información de salud personal. Protegemos su información de salud personal tal como lo establecen estas leyes.

Para obtener más información sobre la forma en que protegemos la información sobre su salud personal, consulte la sección 1.4 del capítulo 8 del presente cuadernillo.

## SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

### Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otros seguros?

Cuando usted tiene otro seguro (por ejemplo, cobertura de salud grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su otro seguro médico. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal”, y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, denominado “pagador secundario”, solo paga si hay costos que la cobertura principal no abonó. Es posible que el pagador secundario no abone todos los costos que no fueron cubiertos.

Estas reglas tienen validez para la cobertura de planes de salud grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

- Si posee cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de plan de salud grupal depende de su empleo actual, o del empleo actual de un familiar, quién paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador, y si usted recibe servicios de Medicare en base a la edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
    - Si es menor de 65 años, está discapacitado, y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o

si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.

- Si es mayor de 65 años, y usted o cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 o más empleados, o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare por padecer ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que califique para Medicare.

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

- Seguro contra todo riesgo (incluye el seguro de automóviles)
- Daños a terceros (incluye el seguro de automóviles)
- Beneficios por neumoconiosis (enfermedad del pulmón negro)
- Compensación a trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de Medicare o de los planes de salud grupales de empleadores.

Si tiene un seguro médico adicional, comuníqueselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene alguna pregunta sobre quién debe pagar primero o si necesita actualizar la información de su seguro médico adicional, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

# CAPÍTULO 2.

## *Números telefónicos y recursos importantes*

# Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

**SECCIÓN 1** **Contactos de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) (cómo comunicarse con nosotros, inclusive cómo hacerlo con el Servicio de Atención al Cliente del plan)** ..... **20**

**SECCIÓN 2** **Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)** ..... **30**

**SECCIÓN 3** **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)** ..... **32**

**SECCIÓN 4** **Organización de Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare)** ..... **34**

**SECCIÓN 5** **Seguro Social** ..... **35**

**SECCIÓN 6** **Medicaid (programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)** ..... **36**

**SECCIÓN 7** **Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar por los medicamentos recetados** ..... **38**

**SECCIÓN 8** **Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios** ..... **42**

## SECCIÓN 1 Contactos de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) (cómo comunicarse con nosotros, inclusive cómo hacerlo con el Servicio de Atención al Cliente del plan)

### Cómo comunicarse con Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan

Para recibir asistencia con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicio de Atención al Cliente de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). Estaremos encantados de asistirle.

| Método | Servicio de Atención al Cliente de la Parte C: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-877-388-5195<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre.<br><br>Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711<br><br>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre. |
| **ESCRIBA A** | Integra Managed Care, Inc.<br>Attn: Customer Services<br>P.O. Box 18023<br>Hauppauge, NY 11788 |
| **SITIO WEB** | www.integramanagedcare.com |

| Método | Servicio de Atención al Cliente de la Parte D: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-833-459-4422<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 711<br>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| **ESCRIBA A** | Elixir<br>2181 East Aurora Road<br>Suite #201<br>Twinsburg, OH 44087 |
| **SITIO WEB** | elixirsolutions.com |

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre preguntas de decisiones de cobertura con respecto a su atención médica, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

| Método | Decisiones de cobertura sobre su atención médica: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-877-388-5195<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre.<br><br>Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711<br><br>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br><br>El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre. |
| **ENVÍE UN FAX A** | 1-516-321-4639 |
| **ESCRIBA A** | Integra Managed Care, Inc.<br>Attn: Member Services<br>P.O. Box 18023<br>Hauppauge, NY 11788 |
| **SITIO WEB** | www.integramanagedcare.com |

### Cómo comunicarse con nosotros cuando está realizando una apelación acerca de su atención médica

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

| Método | Apelaciones acerca de la atención médica: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-877-388-5195<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, del 1 de Octubre al 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes del 1 de Abril al 30 de Septiembre. El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711<br><br>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre. |
| **ENVÍE UN FAX A** | 1-516-321-4639 |
| **ESCRIBA A** | Integra Managed Care, Inc.<br>Attn: Departamento de Apelaciones y Reclamos<br>P.O. Box 18023<br>Hauppauge, NY 11788 |
| **SITIO WEB** | www.integramanagedcare.com |

## Cómo comunicarse con nosotros cuando está realizando una queja acerca de su atención médica

Usted puede realizar una queja sobre nuestro servicio o sobre uno de nuestros proveedores de la red e incluso una queja sobre la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura o pagos. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior, sobre la presentación de apelaciones). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

| Método | Quejas acerca de la atención médica: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-877-388-5195<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre.<br><br>Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711<br><br>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre. |
| **ENVÍE UN FAX A** | 1-516-321-4639 |
| **ESCRIBA A** | Integra Managed Care, Inc.<br>Attn: Departamento de Apelaciones y Reclamos<br>P.O. Box 18023<br>Hauppauge, NY 11788 |
| **SITIO WEB DE MEDICARE** | Puede presentar una queja sobre Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

### Cómo contactarse con nosotros si quiere solicitar una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos conforme al beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre preguntas de decisiones de cobertura con respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*).

| **Método** | **Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto.** |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-833-459-4422<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 711<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| **ENVÍE UN FAX A** | 1-877-503-7231 |
| **ESCRIBA A** | Elixir<br>Attn: Coverage Determination Department<br>2181 East Aurora Road<br>Suite #201<br>Twinsburg, OH 44087 |
| **SITIO WEB** | envision.promptpa.com |

### Cómo contactarse con nosotros si quiere presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión y un cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo apelar sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

| **Método** | **Apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D. Información de contacto.** |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-833-665-5424<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 711<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| **ENVÍE UN FAX A** | 1-516-321-4640 |
| **ESCRIBA A** | Elixir<br>Attn: Appeals & Grievances<br>2181 East Aurora Road<br>Suite #201<br>Twinsburg, OH 44087 |
| **SITIO WEB** | elixirsolutions.com |

### Cómo contactarse con nosotros si quiere presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Usted puede realizar una queja sobre nosotros o sobre una de nuestras farmacias de la red e incluso una queja sobre la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura o pagos. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior, sobre la presentación de apelaciones). 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 una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

| **Método** | **Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D. Información de contacto.** |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-877-388-5195<br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario será de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.<br><br>Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711<br>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, el horario será de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. |
| **ENVÍE UN FAX A** | 1-516-321-4639 |
| **ESCRIBA A** | Integra Managed Care, Inc.<br>Attn: Departamento de Apelaciones y Reclamos<br>P.O. Box 18023<br>Hauppauge, NY 11788 |
| **SITIO WEB DE MEDICARE** | Puede presentar una queja sobre Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) directamente a Medicare.<br>Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

### Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos el costo de atención médica o un medicamento que haya recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que pueda necesitar pedirnos que reintegremos o paguemos una factura que recibió de un proveedor, consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por medicamentos o servicios médicos cubierto*).

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9 *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* para obtener más información.

| Método | Solicitudes de pago de la Parte C: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-877-388-5195<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre.<br><br>Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711<br><br>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br><br>El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre. |
| **ENVÍE UN FAX A** | 1-516-321-4639 |
| **ESCRIBA A** | Integra Managed Care, Inc.<br>Attn: Customer Service<br>P.O. Box 18023<br>Hauppauge, NY 11788 |
| **SITIO WEB** | www.integramanagedcare.com |

| Método | Solicitudes de pago de la Parte D: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-833-459-4422<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 711<br>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| **ENVÍE UN FAX A** | 1-866-646-1403 |
| **ESCRIBA A** | Elixir<br>Attn: Coverage Determination Department<br>8935 Darrow Rd P.O. Box 1208<br>Twinsburg, OH 44087 |
| **SITIO WEB** | elixirsolutions.com |

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones llamados "CMS", Centers for Medicare & Medicaid Services). Esta agencia contrata a organizaciones de Medicare Advantage, entre las que nos encontramos.

| Método | Medicare: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 1-877-486-2048<br>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número son gratuitas. |

| Método | Medicare: información de contacto |
|---|---|
| **SITIO WEB** | www.medicare.gov<br>Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de reposo, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye cuadernillos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. Además, puede encontrar contactos de Medicare en su estado.<br>El sitio web de Medicare también incluye información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:<br>• **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** Ofrece información que le permite saber cuándo será elegible para Medicare.<br>• **Buscador de planes de Medicare:** Ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas le proporcionan un *cálculo estimado* de cuáles podrían ser sus costos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. |
| **SITIO WEB (continuación)** | También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP):<br>• **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio y usará dicha información para mejorar la calidad del programa Medicare.<br>Si usted no tiene computadora, en su biblioteca local o centro para jubilados pueden prestarle sus computadoras para acceder a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare y solicitarles la información que busca. Ellos hallarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar 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). |

## SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos
(ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En New York, el programa SHIP se denomina Programa de Asistencia y Asesoramiento de Información sobre Seguros Médicos (Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP) de New York.

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

Los asesores de HIICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a entender cuáles son sus derechos en Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y a resolver problemas con sus facturas de Medicare.

Los asesores del HIICAP también pueden ayudarle a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas relacionadas con los cambios entre planes.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en "**Forms, Help, and Resources**" (Formularios, ayuda y recursos) sobre el lado derecho del menú superior.
- En el menú desplegable, haga clic en "**Phone Numbers & Websites**" (Teléfonos y sitios web).
- Ahora tiene varias opciones
    - Opción 1: Puede tener un chat en vivo (**Live chat**).
    - Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los temas ("**TOPICS**") del menú de la parte inferior.
    - Opción 3: Puede seleccionar su estado (**STATE**) del menú desplegable y hacer clic en GO (Ir). Esto lo llevará a una página con teléfonos y recursos específicos para su estado.

| Método | HIICAP del Estado de New York. Información de contacto. |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-800-701-0501<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br><br>Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. |
| **ESCRIBA A** | Ciudad de New York:<br><br>New York City Department for the Aging<br>2 Lafayette Street<br>New York, NY 10007<br>http://www.nyc.gov/html/mail/html/maildfta.html<br><br>Condado de Nassau:<br><br>Nassau County Department of Senior Citizen Affairs<br>60 Charles Lindbergh Boulevard, Suite #260<br>Uniondale, NY 11553-3691<br><br>seniors@hhsnassaucountyny.us |
| **SITIO WEB** | www.aging.ny.gov |

## SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare)

Existe una Organización de Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para el estado de New York, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta, LLC.

Livanta, LLC tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud, quienes reciben su pago del gobierno federal. Esta organización es financiada por Medicare para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare. Livanta, LLC es una organización independiente. No está vinculada con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con Livanta, LLC en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención recibida.
- Si considera que el período de cobertura de su estadía en el hospital finalizará demasiado pronto.
- Si considera que la cobertura de sus servicios de atención médica a domicilio, de atención en un centro de enfermería especializada o en un centro ambulatorio de rehabilitación integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizarán demasiado pronto.

| **Método** | **Livanta, LLC, Organización de Mejoramiento de la Calidad del Estado de New York: información de contacto.** |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-866-815-5440<br>De lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. |
| **TTY** | 1-866-868-2289<br><br>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. |
| **ESCRIBA A** | BFCC-QIO Program<br>9090 Junction Dr., Suite 10<br>Annapolis Junction, MD 20701<br>Fax para apelaciones:1-855-236-2423<br><br>Fax para otros trámites: 1-844-420-6671 |
| **SITIO WEB** | www.livantaqio.com/en/states/new_york |

## SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de gestionar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes que tengan 65 años o más, o que padecen una discapacidad o una enfermedad renal terminal y cumplen ciertas condiciones, califican para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, usted puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar el monto adicional por su Parte D de la cobertura de medicamentos ya que tienen un ingreso superior. Si usted recibió una carta del Seguro Social que le indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas con respecto al monto o a si su ingreso disminuyó debido a un evento que modificó su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

También es importante que llame al Seguro Social y le notifique si se muda o cambia su dirección postal.

| Método | Seguro Social: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-800-772-1213<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.<br>Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar ciertos trámites las 24 horas del día. |
| **TTY** | 1-800-325-0778<br>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. |
| **SITIO WEB** | www.ssa.gov |

## SECCIÓN 6 Medicaid
(programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Para inscribirse en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), además de tener Medicare, también tiene todos los beneficios de Medicaid. Debe estar en uno de los siguientes programas para poder estar inscrito en este plan:

- **Beneficiario de Medicare Calificado (QMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos) e incluye los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificado (SLMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B e incluye los beneficios completos de Medicaid.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, puede ponerse en contacto directamente con Medicaid del estado de New York a los números que figuran debajo.

Las personas que tienen el derecho de recibir la Parte A y Parte B de Medicare y son elegibles para alguna de las formas de beneficios de Medicaid suelen ser denominados como de elegibilidad dual. Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) es un Plan para Necesidades Especiales de elegibilidad dual que proporciona y gestiona todos sus beneficios de Medicare, así como también la mayoría de los beneficios de Medicaid conforme a un plan. Estos beneficios están detallados en el capítulo 4 de este cuadernillo. Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) son los responsables de procesar la afiliación a la parte de Medicare Advantage del plan y el Departamento Local de Servicios Sociales, o a una entidad designada por el Departamento de Salud del Estado de New York (NYSDOH), es el responsable de procesar las solicitudes de afiliación para la parte de Medicaid del plan.

Para obtener asistencia adicional, la Oficina Estatal para Adultos Mayores (SOFA) cuenta con un defensor del pueblo en cada condado del estado de New York. Una defensa del pueblo es un defensor para personas que están en residencias para personas mayores, centros asistenciales y viviendas con servicios de asistencia. El defensor proporciona información sobre cómo encontrar un centro de asistencia y qué hacer para obtener atención médica de calidad. Están capacitados para resolver problemas. Si lo desea, el defensor puede asesorarlo en la presentación de quejas. Póngase en contacto con la Red Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN) al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y luego siga las indicaciones. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6 p.m. La llamada y la ayuda son gratuitas. También puede conectarse en línea en www.icannys.org.

| Método | Medicaid del Estado de New York: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | Línea de ayuda CHOICE de Medicaid de New York: 1–800–541–2831, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. |
| **TTY** | TTY: 1-800-662-1220<br><br>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. |
| **ESCRIBA A** | Departamento de Salud del estado de New York<br>Corning Tower, Empire State Plaza<br><br>Albany, NY 12237 |
| **SITIO WEB** | http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ |

La Oficina Estatal para Adultos Mayores (SOFA) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicios o facturación. También pueden ayudarle a presentar un reclamo o una apelación con nuestro plan.

| Método | Oficina Estatal para Adultos Mayores (SOFA). Información de contacto. |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-800-342-9871<br><br>De lunes a viernes de 9:00 a.m. a 4:00 p.m. |
| **ESCRIBA A** | Estado de New York<br>Office for the Aging<br>2 Empire State Plaza<br>Albany, New York 12223-1251 |
| **SITIO WEB** | www.aging.ny.gov |

El programa de la Defensoría para Atención Médica a Largo Plazo (Long Term Care Ombudsman) de la Oficina del Estado de New York ayuda a personas a obtener información sobre las residencias para personas mayores y a resolver problemas entre estas residencias, los residentes y sus familiares.

| Método | Defensoría para Atención Médica a Largo Plazo de la Oficina del Estado de New York — Información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-855-582-6769 |
| **SITIO WEB** | http://www.ltcombudsman.ny.gov |

## SECCIÓN 7 Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar por los medicamentos recetados

### Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica para y de hecho recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de sus medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda Adicional”.

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes) (Para acceder a la información de contacto, consulte la sección 6 de este capítulo).

Si cree que está pagando un monto de costos compartidos incorrecto al surtir su receta médica en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia del nivel de copago apropiado o, si ya tiene la evidencia, para que nos la proporcione.

Envíe a Servicio de Atención al Cliente su "mejor evidencia disponible" que demuestre que califica para recibir asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados. La “mejor evidencia disponible” puede ser cualquiera de las siguientes:

- **Elegibilidad dual de Medicaid:** La tarjeta de Medicaid del beneficiario, el documento estatal, impreso desde el archivo de inscripción electrónica del Estado o una impresión de pantalla del sistema Medicaid del Estado en la que se confirme su condición activa en Medicaid. Nos aseguraremos de que la documentación demuestre que la condición de Medicaid tiene el plazo correcto para aprobar la mejor evidencia disponible.
- **Documento institucional de Medicaid:** Notificación de envío por parte del centro en el que se demuestre el pago de Medicaid, un documento estatal que confirme el pago de Medicaid al centro en representación suya o una impresión de pantalla del sistema de Medicaid del Estado en el que se muestra su condición institucional a los fines de los pagos de Medicaid.
- **Seguro Social:** Carta de asignación del Seguro Social, carta de adjudicación de solicitud de LIS, aviso de cambio, aviso de información importante o aviso de acción. Estos documentos deben estar fechados dentro de los 15 meses de la fecha de entrada en vigor.

Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto al surtir su próxima receta en la farmacia. Si ha pagado de más por el monto de su copago, recibirá un reembolso. Le enviaremos un cheque por el monto que haya pagado de más del copago o le descontaremos en futuros copagos. Si usted no le ha abonado el copago a la farmacia y esta lo contabiliza como una deuda suya, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en representación suya, es posible que le realicemos el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

### ¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que proporcione cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sean de "Ayuda Adicional"), igual obtendrá el 70% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en la brecha de cobertura. El 70% de descuento y el 5% pagado por el plan son ambos aplicados al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

### ¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?
### ¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a los individuos elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a los medicamentos para VIH que pueden salvar sus vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados que otorgan los Programas de asistencia para personas sin seguro médico, ADAP. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con

ciertos criterios, entre ellos, comprobante de residencia en el estado y situación de VIH, bajos ingresos según la definición del estado, y no tener seguro o tener seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar brindándole asistencia con costos compartidos de recetas de la Parte D de Medicare para los medicamentos del formulario de ADAP. A fin de garantizar que usted continúe recibiendo esta asistencia, notifique al trabajador a cargo de su inscripción en el ADAP local de cualquier cambio en el nombre o el número de póliza del plan de la Parte D de Medicare. Llame a los Programas de Asistencia para Personas sin Seguro Médico, ADAP, al 1-800-542-2437, TDD 1-518-459-0121, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a los Programas de Atención para Personas Sin Seguro, ADAP al 1-800-542-2437 o al 1-844-682-4058, TTY 1-518-459-0121, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

**¿Qué sucede si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para poder pagar los costos de sus medicamentos recetados?**
**¿Puede obtener los descuentos?**

La mayoría de nuestros miembros reciben "Ayuda Adicional" de Medicare para poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si recibe "Ayuda Adicional", el Programa de Descuentos de la Brecha de Cobertura de Medicare no se aplica en su caso. Si recibe "Ayuda Adicional", ya tiene cobertura para sus costos de medicamentos recetados durante la brecha de cobertura.

**¿Qué sucede si no recibe un descuento pero usted piensa que debería recibirlo?**

Si piensa que puede haber alcanzado la transición de cobertura y no recibió el descuento al pagar por un medicamento recetado de marca, debe revisar el siguiente aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D,* debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que los registros de sus recetas médicas sean correctos y estén actualizados. Si consideramos que a usted no le corresponde recibir un descuento, puede apelar. Para presentar una apelación, puede obtener ayuda del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP), (los números telefónicos figuran en la sección 3 de este capítulo), o puede llamar a 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.

## Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos recetados con base en sus necesidades financieras, edad, afección médica o discapacidades. Cada estado tiene diferentes normas para proveer cobertura de medicamentos a sus miembros.

En el estado de New York, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es una Cobertura de Seguro Farmacéutico para Adultos Mayores (EPIC).

| Método | Cobertura de Seguro Farmacéutico para Adultos Mayores (EPIC) (Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de New York) – Información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-800-332-3742<br>El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. |
| **TTY** | 1-800-290-9138<br><br>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. |
| **ESCRIBA A** | EPIC<br>P. O. Box 15018<br>Albany, NY 12212-5018<br><br>Correo electrónico: epic@health.state.ny.us |
| **SITIO WEB** | www.health.ny.gov/health_care/epic |

## SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios provenientes de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, también es importante que llame al Seguro Social y le notifique si se muda o cambia su dirección postal.

| Método | Junta de Jubilación para Ferroviarios: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-877-772-5772<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Si presiona "0", podrá conversar con un representante de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., y los días miércoles de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.<br>Si presiona "1", podrá acceder a la Línea de ayuda de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos. |
| **TTY** | 1-312-751-4701<br>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número *no* son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | rrb.gov/ |

# CAPÍTULO 3

## *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos*

# Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

**SECCIÓN 1 Qué saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan ..... 46**

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? ..... 46
Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan ..... 47

**SECCIÓN 2 Usar proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios ..... 48**

Sección 2.1 Debe elegir un médico de atención primaria (PCP) para que le proporcione y supervise su atención ..... 48
Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede obtener sin tener autorización previa de su PCP? ..... 50
Sección 2.3 Cómo obtener atención médica de especialistas y otros proveedores de la red ..... 50
Sección 2.4 Cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red ..... 52

**SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o atención médica con necesidad de urgencia o durante una catástrofe ..... 52**

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica ..... 52
Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad de urgencia por servicios ..... 53
Sección 3.3 Cómo obtener atención durante una catástrofe ..... 54

**SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente por el costo total de sus servicios cubiertos? ..... 55**

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos ..... 55
Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan? ..... 55

**SECCIÓN 5 ¿De qué forma se cubren sus servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? ..... 56**

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? ..... 56
Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué gastos? ..... 57

**SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención cubierta en una "institución de atención de salud religiosa no médica" ..... 58**

Sección 6.1 ¿Qué es una institución de atención de salud religiosa no médica? ..... 58
Sección 6.2 Recibir atención de instituciones de atención de salud religiosas no médicas 58

**SECCIÓN 7 Reglas para la apropiación de equipo médico duradero ..... 59**
Sección 7.1 Después de hacer una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan, ¿pasa a ser dueño del equipo médico duradero? ..... 59

**SECCIÓN 8 Reglas para los equipos, los suministros y el mantenimiento de oxígeno ..... 60**
Sección 8.1 ¿Qué beneficios para oxígeno tiene? ..... 60
Sección 8.2 ¿Cuál es el costo compartido? ¿Cambiará luego de 36 meses? ..... 60
Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare? ..... 60

# SECCIÓN 1 Qué saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo usar el plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Le ofrece definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubierta por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica y demás servicios están cubiertos por nuestro plan, use la tabla de beneficios del siguiente capítulo, el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto*).

## Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"?

A continuación, definimos ciertos términos para que entienda cómo puede recibir la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- Los **"proveedores"** son médicos y otros profesionales de la salud con licencia estatal para ofrecer servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye a los hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los "proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones para atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago como pago completo. Hemos coordinado para que estos proveedores ofrezcan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red emiten la factura directamente a nosotros por la atención que le han prestado a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **"servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipos de atención médica cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para atención médica que le corresponden se encuentran detallados en el Cuadro de beneficios del capítulo 4.

## Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como plan médico de Medicare y Medicaid, Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los que cubre Original Medicare.

Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) por lo general cubre su atención médica durante el tiempo que sea necesario:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el capítulo 4 de este cuadernillo).
- **La atención médica que recibe es considerada como médicamente necesaria**. "Médicamente necesaria" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con las normas de práctica médica.
- **Tiene un médico de atención primaria que le proporciona y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, usted debe escoger un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe emitir una aprobación previa antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina hacer una "remisión". Para obtener más información sobre este punto, consulte la sección 2.3 de este capítulo.
    - No se requiere remisión de su PCP en casos de atención de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin necesidad de tener una aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este punto, consulte la sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención médica de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la sección 2 del presente capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*
    - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para acceder a la definición de atención de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia, consulte la sección 3 del presente capítulo.
    - Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid requiere que nuestro plan cubra y los proveedores en nuestra red no se la pueden brindar, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener autorización del plan antes de buscar atención médica. En esta situación, cubriremos estos servicios como si

fueran de un proveedor de la red. Para obtener información sobre la forma de obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la sección 2.4 del presente capítulo.

- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

### Sección 2.1 Debe elegir un médico de atención primaria (PCP) para que le proporcione y supervise su atención

#### ¿Qué es un "PCP" y qué hace por usted?

- ¿Qué es un PCP?

  Su PCP es un profesional de la salud que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para proporcionarle atención médica básica. Como explicamos más adelante, usted recibirá la atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan.

- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

  Los PCP se definen como médicos especializados en medicina general, medicina familiar, medicina interna, medicina adolescente o medicina geriátrica que han contratado a Integra Managed Care para brindar servicios a los miembros. En determinadas circunstancias, los miembros con una enfermedad crónica, degenerativa o discapacitante pueden elegir un especialista como su PCP, siempre que el PCP, tras consultar con Integra Managed Care, acuerde con que el uso de un especialista de esta manera es la opción más adecuada para tratar al miembro.

- Explicación del rol de un PCP en su plan.

  Por lo general, verá primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Como explicaremos a continuación, solo hay algunos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por sus propios medios, sin ponerse primero en contacto con su PCP.

- ¿Cuál es el rol del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

  "Coordinar" los servicios cubiertos implica revisar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención médica y cómo se está desarrollando. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener autorización previa de su PCP, como por ejemplo darle una remisión para que vea un especialista.

- ¿Cuál es el rol del PCP para tomar decisiones sobre autorizaciones previas, si correspondiera?

  En algunos casos, su PCP necesitará obtener autorización previa del plan. Como su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviar a su consultorio todos sus historiales médicos pasados. El capítulo 8 informa sobre cómo protegeremos la privacidad de sus registros médicos e información personal sobre su salud.

## Cómo escoger su PCP

Puede elegir un PCP a través del Directorio de proveedores o si llama a Servicio de Atención al Cliente.

## Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP decida retirarse de nuestra red de proveedores y usted deberá hallar un nuevo PCP. Para cambiar su PCP, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente. Cuando llame, asegúrese de informar a Servicio de Atención al Cliente si está consultando con algún especialista o si está obteniendo otros servicios cubiertos que necesitan la autorización previa o aprobación de su PCP (como en el caso de los servicios domiciliarios y equipos médicos duraderos).

Servicio de Atención al Cliente lo ayudará a asegurarse de que pueda continuar con la atención de especialidad y otros servicios que venía recibiendo al momento de cambiar su PCP. También verificarán para asegurarse de que el PCP al que desea cambiarse acepte pacientes nuevos. Servicio de Atención al Cliente cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP e informarle cuándo entrará en vigor el cambio a su nuevo PCP. Todos los cambios se harán de forma inmediata cuando lo solicite. Asimismo, le enviará una nueva tarjeta de membresía en la que se incluirá el nombre y número telefónico de su nuevo PCP.

Si usted es miembro de nuestro plan y está recibiendo un tratamiento con un proveedor que abandona la red de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), puede continuar atendiéndose con su proveedor hasta por 90 días. Su proveedor debe acordar un monto de pago con nosotros, seguir nuestras políticas de calidad y proporcionarnos información médica sobre su atención.

## Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede obtener sin tener autorización previa de su PCP?

Puede recibir los servicios detallados a continuación sin recibir la aprobación previa de su PCP.

- Atención ginecológica de rutina, que incluye examen de los senos, mamografías preventivas (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los realice con un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la Hepatitis B y neumonía, siempre y cuando las reciba de proveedores de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios necesarios con urgencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporariamente, p. ej., cuando usted está temporariamente fuera del área de servicio del plan, servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, llame a Servicio de Atención al Cliente antes de dejar el área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera de su área. Los números telefónicos de Servicio de Atención al Cliente figuran en la contratapa de este cuadernillo).

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación encontrará algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con condiciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas condiciones óseas, articulares o musculares.

### ¿Cuál es el rol (si tuviera alguno) del PCP en la derivación de miembros a especialistas u otros proveedores?

Es muy importante obtener una remisión (con autorización previa) de su PCP antes de consultar a un especialista o a determinados proveedores. Hay solo pocas excepciones, incluida la atención médica de la mujer, que se explican más adelante en esta sección. **Si no tiene una remisión (con autorización previa) antes de ser atendido por un especialista, es posible que tenga que pagar por esos servicios. Si el especialista le solicita que regrese para recibir más atención**

**médica, primero asegúrese de que la remisión (con autorización previa) que obtuvo de su PCP para la primera consulta contemple más consultas con el especialista.**

### Qué hacer si necesita autorización previa:

Algunos servicios requieren autorización previa por parte del plan, antes de que reciba el servicio. Consulte el capítulo 4, sección 2.1, para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa. Por lo general, obtiene autorización previa a través de su médico de atención primaria o de un especialista. Su médico se pondrá en contacto con el Departamento de Autorizaciones Previas del plan para analizar los servicios que necesita. El plan luego le notificará a usted y a su médico sobre la determinación. El número telefónico para solicitar autorización previa está al dorso de su tarjeta de identificación.

### ¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red se retiran de nuestro plan?

Durante el año podemos cambiar los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Hay muchas razones por las que su proveedor podría retirarse de su plan; pero si su médico o especialista lo hiciera, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos lo posible por notificarle con al menos 30 días de antelación que su proveedor dejará nuestro plan, así tendrá tiempo de escoger un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe ayudándole en sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos para garantizarle, que el tratamiento médicamente necesario que usted está recibiendo no sea interrumpido.
- Si considera que no le hemos asignado un proveedor calificado para reemplazar a su antiguo proveedor o que su servicio de atención no está siendo administrado correctamente, tiene derecho de apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.

Para obtener ayuda, llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-388-5195. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, del 1 de Octubre al 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes del 1 de Abril al 30 de Septiembre.

## Sección 2.4 Cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red

Puede obtener servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas circunstancias. Por ejemplo, si tiene una emergencia o necesita atención de urgencia cuando está fuera del área (incluidos los servicios de diálisis), cuando no hay proveedores dentro de la red disponibles durante una catástrofe o cuando no hay proveedores de servicios especializados disponibles en la red. Salvo en el caso de una emergencia, debe obtener autorización previa para todos los servicios que recibe de proveedores fuera de la red. El proveedor es responsable de obtener autorización. Para obtener ayuda, llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-388-5195. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre.

# SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o atención médica con necesidad de urgencia o durante una catástrofe

## Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

### ¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en ese caso?

Una **“emergencia médica”** se produce cuando usted u otra persona prudente, no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Procure ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. En estos casos *no* necesita la aprobación ni una remisión previa de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan tenga conocimiento de su emergencia.** Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, normalmente dentro de las 48 horas siguientes. Para notificarnos sobre una emergencia, llame a Servicios al Miembro al 1-877-388-5195. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, desde el 1 de Octubre hasta el 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre.

### ¿Qué abarca la cobertura en caso de una emergencia médica?

Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencias en otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. Para obtener información, consulte la Tabla de beneficios en el capítulo 4 de este cuadernillo.

Si tiene una emergencia, consultaremos con los médicos que le provean la atención de emergencia para ayudar a gestionar y hacer seguimiento a la atención que recibe. Los médicos que le brinden la atención de emergencia decidirán en qué momento su afección es estable y la emergencia médica ha terminado.

Luego de finalizada la emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidados de seguimiento para asegurarse de que su condición continúa estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia está a cargo de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se encarguen de su atención médica tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

### ¿Qué sucede si no se trataba de una emergencia médica?

A veces puede resultar difícil saber si se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede ingresar para recibir atención de emergencia con la sensación de que su salud corre peligro grave, pero el médico puede afirmar que no se trataba de una emergencia médica, después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia médica, siempre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud corría peligro grave, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya afirmado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe dicha atención adicional de una de las siguientes maneras:

- Si se dirige a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- *– O bien –* si la atención adicional que recibe se considera como “servicios que se necesitan con urgencia” y sigue las reglas para recibir dicha atención (para obtener más información sobre este punto, consulte la sección 3.2 a continuación).

## Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad de urgencia por servicios

### ¿Qué son los “servicios que se necesitan con urgencia”?

Los “servicios que se necesitan con urgencia” son una enfermedad, una lesión o una afección médica inesperada que no constituye una emergencia, pero que requiere atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores

de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos. La afección inesperada podría ser, por ejemplo, el recrudecimiento inesperado de una afección existente.

### ¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicios del plan cuando necesita atención médica de urgencia?

Siempre debe intentar obtener los servicios que se necesitan con urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o usted no puede acceder a ellos, y no es razonable esperar para que obtenga la atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios que se necesitan con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para acceder a servicios con necesidad de urgencia, póngase en contacto con su PCP o diríjase al centro de atención de urgencia más cercano.

### ¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención médica de urgencia?

Cuando se encuentre fuera del área de servicios y no pueda obtener atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios que se necesitan con urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios que se necesitan con urgencia ni ningún otro tipo de atención que se reciba fuera de los Estados Unidos.

## Sección 3.3 Cómo obtener atención durante una catástrofe

Si el Gobernador de su estado, el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: https://www.fema.gov/disasters para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Por lo general, si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, usted podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el capítulo 5, sección 2.5 para obtener más información.

## SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente por el costo total de sus servicios cubiertos?

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

Si ha pagado sus servicios cubiertos o si ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 (*Solicitarnos el pago de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

### Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que están incluidos en la Tabla de beneficios médicos del plan (en el capítulo 4 de este cuadernillo) y que se obtienen conforme a las normas del plan. Usted es responsable del costo total de los servicios no cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta acerca de si le pagaremos cualquier servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si la cubriremos antes de recibirla. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si la respuesta es negativa, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica.

En el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) hallará más información sobre los pasos a seguir si desea que tomemos una decisión de cobertura o desea apelar una decisión ya tomada. También puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener más información (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Para los servicios cubiertos que tengan una limitación de beneficios, usted paga el costo total de todos los servicios que reciba después de que ha usado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que se paguen una vez que se haya alcanzado el límite de beneficios no se tendrán en cuenta en el máximo de costos de bolsillo. Puede llamar a Servicio de Atención al Cliente si desea saber cuánto de su límite de beneficios ya utilizó.

# SECCIÓN 5 ¿De qué forma se cubren sus 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 llamado "ensayo clínico") es un proceso que utilizan los médicos y los científicos para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, observar qué tan bien funciona un nuevo medicamento para el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos solicitando la participación de voluntarios para ayudar en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación, que ayuda a los médicos y a los científicos a analizar si los nuevos enfoques son efectivos y seguros.

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

Una vez que Medicare ha aprobado el estudio, una de las personas que trabajan en él se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúne los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio *y*, además, comprenda y acepte completamente lo que implica su participación en dicho estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte de dicho estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **necesita comunicarnos su decisión antes de comenzar a participar en él.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo) para avisarle que usted participará en un ensayo clínico y para obtener detalles más específicos sobre qué pagará su plan.

## Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué gastos?

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para artículos y servicios de rutina que recibirá como parte del estudio, entre ellos:

- Alojamiento y alimentación para una estancia hospitalaria por la que Medicare pagaría, aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico, si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare ha pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como con todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que obtiene como parte de un estudio de investigación clínica.

Para que podamos pagar nuestros costos compartidos, necesitará enviarnos una solicitud de pago. Junto a su solicitud, deberá enviarnos una copia de su Resumen de Medicare u otra documentación que describa los servicios recibidos como parte del estudio. Consulte el capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes gastos**:

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubriera dicho artículo o servicio aún si usted *no* participara en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le brinde a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Los artículos o servicios proporcionados solo con el fin de recolectar datos y que no se usan en la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su afección médica usualmente solo requiere de una tomografía computarizada.

### ¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando 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: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar 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.

# SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención cubierta en una "institución de atención de salud religiosa no médica"

## Sección 6.1 ¿Qué es una institución de atención de salud religiosa no médica?

Una institución de atención médica religiosa no médica es un centro que brinda atención para una afección que, por lo general, se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir tratamiento en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar ofreceremos cobertura para la atención en una institución de atención médica religiosa no médica. Usted puede elegir obtener atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio solo se brinda como servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención médica no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención médica no médicos brindados por instituciones de atención médica religiosas no médicas.

## Sección 6.2 Recibir atención de instituciones de atención de salud religiosas no médicas

Para recibir atención en una institución de atención médica religiosa no médica, debe firmar un documento legal donde afirme oponerse de forma consciente a recibir tratamiento médico que sea "no exceptuado".

- La atención o el tratamiento médico "no objetado" es cualquier atención o tratamiento médico *voluntario* y *no requerido* por ley federal, estatal o local alguna.
- El tratamiento médico "exceptuado" es aquella atención o tratamiento médico que recibe y que *no es voluntario* o *es requerido* según las leyes federales, estatales o locales.

Para recibir cobertura de nuestro plan, la atención que recibe en una institución de atención médica religiosa no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- La institución que proporcione la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de servicios que recibe por parte de nuestro plan está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que le son provistos en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos por atención como paciente hospitalizado o atención de un centro de enfermería especializada.

- – *Y* – debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su estancia no estará cubierta.

Se aplican los límites de cobertura de Medicare para Paciente hospitalizado. Vea la Tabla de beneficios del capítulo 4 para obtener más información.

## SECCIÓN 7 Reglas para la apropiación de equipo médico duradero

### Sección 7.1 Después de hacer una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan, ¿pasa a ser dueño del equipo médico duradero?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones accionados, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que un proveedor solicita para uso domiciliario. El miembro siempre es el dueño de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, describimos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en dueños de dichos equipos después de abonar copagos durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), no adquirirá los artículos DME alquilados sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.

Incluso si hizo 12 pagos consecutivos por un artículo DME conforme a Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no poseerá el artículo independientemente de la cantidad de copagos que haya hecho mientras era miembro de nuestro plan.

#### ¿Qué sucede con los pagos realizados por equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar otros 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Los pagos que realizó mientras usted era parte de nuestro plan no se tomarán en cuenta para estos nuevos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, sus pagos previos tampoco se tomarán en cuenta para llegar a los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de regresar a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No existe ninguna excepción para este caso cuando regresa a Original Medicare.

# SECCIÓN 8 Reglas para los equipos, los suministros y el mantenimiento de oxígeno

## Sección 8.1 ¿Qué beneficios para oxígeno tiene?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, mientras esté inscrito, Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) cubrirá lo siguiente:

- El alquiler del equipo de oxígeno
- El suministro de oxígeno y los contenidos de oxígeno
- Los tubos y los complementos relacionados para el suministro de oxígeno y los contenidos de oxígeno
- El mantenimiento y la reparación del equipo de oxígeno

Si abandona Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) o ya no requiere médicamente el equipo de oxígeno, dicho equipo debe devolverse al propietario.

## Sección 8.2 ¿Cuál es el costo compartido? ¿Cambiará luego de 36 meses?

El costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es de $0 porque Medicaid paga los gastos en su nombre.

El costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).

Si antes de inscribirse en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) realizó el pago del alquiler durante 36 meses para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) es de $0.

## Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Si regresa a Original Medicare, comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado alquileres de equipo de oxígeno para 36 meses antes de unirse a Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), se une a Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) durante 12 meses y luego regresa a Original Medicare, usted pagará el monto total de la cobertura para el equipo de oxígeno.

Asimismo, si había pagado para 36 meses mientras estaba inscrito en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) y luego regresa a Original Medicare, usted pagará el monto total de la cobertura para el equipo de oxígeno.

# CAPÍTULO 4.

## *Tabla de beneficios (qué está cubierto)*

# Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

**SECCIÓN 1 Conociendo los servicios cubiertos ..... 63**

Sección 1.1 No paga nada por sus servicios cubiertos ..... 63
Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos? ..... 63

**SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué tiene cubierto ..... 63**

Sección 2.1 Su atención médica a largo plazo, los servicios comunitarios y domiciliarios, y otros beneficios exclusivos de Medicaid como miembro del plan ..... 63

**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP)? ..... 118**

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) que están cubiertos por la tarifa de Medicaid por servicio ..... 118

**SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? ..... 119**

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan ..... 119

## SECCIÓN 1 Conociendo los servicios cubiertos

Este capítulo se enfoca en cuáles son los servicios cubiertos. Incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos como miembro de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos no cubiertos. También explica los límites para ciertos servicios.

### Sección 1.1 No paga nada por sus servicios cubiertos

Debido a que recibe asistencia de Medicaid, usted no paga por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga las reglas del plan para recibir su atención. (Consulte el capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para recibir atención).

### Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de costos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo con respecto al monto máximo de costos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.

## SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué tiene cubierto

### Sección 2.1 Su atención médica a largo plazo, los servicios comunitarios y domiciliarios, y otros beneficios exclusivos de Medicaid como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesaria” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con las normas de práctica médica.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El capítulo 3 ofrece más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las cuales cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.

- Tiene un médico de atención primaria (PCP) que le proporciona y supervisa su atención médica. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe emitir una aprobación previa antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina hacer una "remisión". El capítulo 3 brinda más información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una remisión.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos se cubrirán *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (algunas veces denominada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos.

Aspectos importantes para tener en cuenta sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid: Medicare cubre atención médica y medicamentos recetados. Medicaid cubre su costo compartido por servicios de Medicare, incluidas las consultas a médicos y al hospital. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención médica a largo plazo, servicios comunitarios y domiciliarios, servicios odontológicos preventivos y transporte que no es de emergencia.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea saber más sobre la cobertura y costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2022*. Véalo en línea en https://www.medicare.gov o pida una copia por teléfono 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 cubrimos, sin cargo para usted, todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare que no acarrean costos.
- A veces, Medicare aumenta la cobertura a través de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare aumenta la cobertura para cualquier servicio durante 2022, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.
- Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) gestiona y paga todos los servicios de Medicare, Medicaid y de atención a largo plazo que figuran en la Tabla de beneficios médicos para usted. Para acceder a esos beneficios, solo necesita usar la tarjeta de identificación de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). Como tiene los beneficios completos de Medicaid, no paga nada por estos servicios. Para acceder a los beneficios de Medicaid que no están incluidos en nuestro plan y que están cubiertos por la tarifa por servicio de Medicaid, use su tarjeta de identificación de Tarifa por servicio (Fee for Service) de Medicaid.
- Si se encuentra dentro del período de 3 meses que nuestro plan considera elegibilidad continua, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, el plan no es responsable de más que la prima del plan y los montos de costo compartido que deben los miembros que no perdieron su estatus de necesidades especiales. Los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

- **Usted no paga nada por los servicios incluidos en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.**

Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

### Tabla de beneficios médicos

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal**<br><br>Un examen de detección con ultrasonido una única vez para pacientes con riesgo. El plan cubre solamente este examen de detección si usted tiene determinados factores de riesgo y obtiene una remisión para este de su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica. | No existe coaseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para este examen de detección. | No existe coaseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para este examen de detección. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar**<br><br>Los servicios cubiertos incluyen:<br><br>Hasta 12 consultas en un plazo de 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare según las siguientes circunstancias:<br><br>Para fines de este beneficio, el dolor crónico en la zona lumbar se define de esta manera:<br>• Dura 12 semanas o más.<br>• No es específico, no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).<br>• No está relacionado con una intervención quirúrgica.<br>• No está relacionado con un embarazo.<br><br>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se administrarían más de 20 tratamientos de acupuntura anuales.<br><br>El tratamiento debe ser discontinuado si el paciente no está mejorando o experimenta un retroceso. | No existe coaseguro, copago o deducible para miembros que son elegibles para acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar.<br><br>Se requiere autorización previa.<br><br>Se requiere remisión. | No existe coaseguro, copago o deducible para miembros que son elegibles para acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar.<br><br>Se requiere autorización previa.<br><br>Se requiere remisión. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar (continuación)**<br><br>Requisitos del proveedor:<br>Los médicos (como los define la sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proveer servicios de acupuntura de acuerdo con los requerimientos correspondientes del estado.<br>Los asistentes de los médicos (physician assistant, PA), los enfermeros calificados (nurse practitioners, NP), los enfermeros especialistas clínicos (clinical nurse specialist, CNS) (como se identifican en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proveer servicios de acupuntura si cumplen con los requerimientos correspondientes del estado y poseen:<br>• una maestría o un doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y<br>• una licencia actual, completa, activa e ilimitada para practicar la acupuntura en un estado, un territorio o una mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o District of Columbia.<br>El personal auxiliar que preste servicios de acupuntura debe tener el nivel de supervisión adecuado de un médico, PA o NP/CNS exigido por las normas establecidas en las secciones 410.26 y 410.27 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). | | |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Servicios de ambulancia**<br>• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia aéreos de ala fija o ala rotativa y servicios de ambulancia terrestres al centro apropiado más cercano que pueda brindar atención, solo si se transporta a un miembro cuya afección médica sea tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan.<br>**Los traslados en ambulancia no considerados de emergencia corresponden si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.** | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de ambulancia.<br>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia aérea y servicios que no son de emergencia. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de ambulancia.<br>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia aérea y servicios que no son de emergencia. |
| **Consulta anual de bienestar**<br>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en base a su estado de salud y a los factores de riesgo actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.<br>**Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse antes de transcurridos 12 meses de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haberse realizado este examen para tener cobertura de consultas anuales de bienestar "Bienvenido a Medicare" después de tener Parte B durante 12 meses.** | No existe coaseguro, copago o deducible para la consulta anual de bienestar. | No existe coaseguro, copago o deducible para la consulta anual de bienestar. |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Medición de la masa ósea**<br><br>Para las personas calificadas (por lo general, esto significa personas con riesgo de perder masa ósea o de contraer osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia en caso de ser médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detección de pérdida ósea o determinación de calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico. | No existe coaseguro, copago o deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare. | No existe coaseguro, copago o deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare. |
| **Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)**<br><br>Los servicios cubiertos incluyen:<br>• Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años<br>• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más<br>• Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses | No existe coaseguro, copago o deducible para las mamografías preventivas cubiertas. | No existe coaseguro, copago o deducible para las mamografías preventivas cubiertas. |
| ***Servicios de rehabilitación cardíaca**<br><br>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, por lo general, son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca comunes. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de rehabilitación cardíaca.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de rehabilitación cardíaca.<br><br>Se requiere autorización previa. |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)**<br>Cubrimos una visita anual con su médico de atención primaria para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico podría recomendarle el uso de aspirina (de ser apropiado), revisar su presión sanguínea y darle algunos consejos sobre alimentación saludable. | No existe coaseguro, copago o deducible para el beneficio de prevención de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva. | No existe coaseguro, copago o deducible para el beneficio de prevención de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva. |
| **Prueba de enfermedad cardiovascular**<br>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses). | No existe coaseguro, copago o deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años. | No existe coaseguro, copago o deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años. |
| **Examen de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal**<br>Los servicios cubiertos incluyen:<br>• Para todas las mujeres: Se cubren exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses<br>• Si usted es una paciente con alto riesgo de contraer cáncer cervical o vaginal o si está en edad fértil y los resultados de su examen de Papanicolaou fueron anormales en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses | No existe coaseguro, copago o deducible para los exámenes preventivos de Pap y pélvicos cubiertos por Medicare. | No existe coaseguro, copago o deducible para los exámenes preventivos de Pap y pélvicos cubiertos por Medicare. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Servicios quiroprácticos**<br><br>Los servicios cubiertos incluyen:<br>• Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios quiroprácticos.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios quiroprácticos.<br><br>Se requiere autorización previa. |
| **Examen de detección de cáncer colorrectal**<br><br>Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios:<br>• Sigmoidoscopía flexible (o como alternativa, examen de detección con *enema de bario) cada 48 meses<br><br>Uno de los siguientes cada 12 meses:<br>• Análisis de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT)<br>• Prueba inmunoquímica fecal (FIT)<br><br>Examen de detección de cáncer colorrectal basado en el ADN cada 3 años.<br><br>Para personas con alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:<br>• Colonoscopía de detección (o como alternativa, examen de detección con *enema de bario) cada 24 meses<br><br>Para personas sin alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:<br>• Colonoscopía de detección cada 10 años (120 meses), pero no en los 48 meses siguientes a una sigmoidoscopía de detección | No existe coaseguro, copago o deducible para un examen preventivo de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.<br><br>*Se exige autorización previa para los enemas de bario. | No existe coaseguro, copago o deducible para un examen preventivo de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.<br><br>*Se exige autorización previa para los enemas de bario. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Servicios odontológicos**<br><br>Por lo general, los servicios odontológicos preventivos (como la limpieza, los exámenes odontológicos de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Los beneficios de nuestro plan cubiertos por Medicaid incluyen los siguientes:<br><br>• Atención odontológica preventiva necesaria, profiláctica o de rutina, servicios y suministros odontológicos.<br><br>• Prótesis dentales para aliviar una afección médica grave.<br><br>• Servicios odontológicos quirúrgicos ambulatorios o para pacientes hospitalizados sujetos a autorización previa.<br><br>Medicare cubre ciertos servicios odontológicos integrales limitados que usted recibe mientras está en el hospital. Además, cubrimos los siguientes beneficios odontológicos integrales:<br><br>• Coronas: solo códigos seleccionados de restauración única: 1 cada 60 meses por diente.<br>• Restauraciones significativas, solo códigos seleccionados, 1 cada 60 meses por diente.<br>• Tratamiento de conducto radicular, solo códigos seleccionados, 1 por diente de por vida.<br>• Periodoncia, solo códigos seleccionados, 1 cada 60 meses por cuadrante.<br>• Puentes para prótesis parcial fija, solo códigos seleccionados, 1 cada 60 meses por diente. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios odontológicos cubiertos por Medicare o Medicaid.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios odontológicos cubiertos por Medicare o Medicaid.<br><br>Se requiere autorización previa. |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Servicios odontológicos (continuación)**<br>• Coronas fijas para retenedores de dentaduras parciales: solo códigos seleccionados: 1 cada 60 meses por diente.<br><br>Los servicios odontológicos de Integra se administran a través de Healthplex, un tercero contratado por Integra.<br>Puede comunicarse con Healthplex de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. llamando al 1-800-468-9868; 711 para TTY. | | |
| **Examen de detección de cuadros depresivos**<br>Cubrimos un examen de detección de depresión cada año. El examen de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de control o remisiones. | No existe coaseguro, copago o deducible para una consulta de prevención de depresión anual. | No existe coaseguro, copago o deducible para una consulta de prevención de depresión anual. |
| **Examen de detección de diabetes**<br>Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar en sangre elevada (glucosa). Las pruebas también pueden estar incluidas en la cobertura si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y contar con antecedentes familiares de diabetes.<br><br>Con base en los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses. | No existe coaseguro, copago o deducible para las pruebas preventivas de diabetes cubiertas por Medicare. | No existe coaseguro, copago o deducible para las pruebas preventivas de diabetes cubiertas por Medicare. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos**<br><br>Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:<br><br>• Suministros para monitorear los niveles de glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, así como soluciones para control de la glucosa que sirven para verificar la precisión de las tiras de prueba y los monitores.<br>• Para las personas con diabetes que padecen enfermedad diabética severa de los pies: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (incluidas las plantillas proporcionadas junto a esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles estándar que acompañan a esos zapatos). La cobertura incluye los ajustes.<br>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes se incluye bajo ciertas condiciones. | No existe coaseguro, copago o deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.<br><br>Se puede requerir autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.<br><br>Se puede requerir autorización previa. |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Equipo Médico Duradero (Durable medical equipment, DME) y suministros relacionados**<br><br>(La definición de "equipo médico duradero" se incluye en el capítulo 12 de este cuadernillo).<br><br>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o andadores.<br><br>Con este documento de *Evidencia de cobertura*, le enviamos la lista de DME de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). La lista le indica las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. La lista actualizada de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en https://www.integramanagedcare.com/provider-search.<br><br>En general, Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otros proveedores nos confirmen que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si hace poco es miembro de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) y está usando un DME de una marca que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca por 90 días. Durante este tiempo, debería consultar con su médico para decidir qué marca será médicamente apropiada para usted pasado este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle que lo refiera para una segunda opinión). | No existe coaseguro, copago o deducible para los DME cubiertos por Medicare.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para los DME cubiertos por Medicare.<br><br>Se requiere autorización previa. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Equipo Médico Duradero (DME) y y suministros relacionados (continuación)**<br><br>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor acerca de qué producto o marca es apropiada para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).<br><br>Los beneficios de Medicaid del plan cubren DME, es decir dispositivos y equipos que no son aparatos protésicos u ortopédicos que tienen las siguientes características:<br><br>• Pueden resistir el uso repetido durante un período prolongado;<br>• Se utilizan principal y habitualmente para fines médicos;<br>• Generalmente no son útiles para una persona en ausencia de enfermedad o lesión y están ajustados, diseñados o confeccionados para el uso de un individuo en particular.<br><br>**La lista actualizada de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.integramanagedcare.com.** | | |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)**<br><br>Los beneficios de Medicaid del plan cubren DME que no son de Medicare, como banquetas para la bañera y barras de apoyo. También están cubiertos los suministros médicos/quirúrgicos, las fórmulas enterales/parenterales y baterías para audífonos. La cobertura de Medicaid de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita a la cobertura solo para la alimentación por sonda nasogástrica, yeyunostomía o gastrostomía. La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales para personas que no pueden alimentarse a través de ningún otro medio, y las siguientes tres condiciones: 1) personas alimentadas por sonda que no pueden masticar ni tragar alimentos y deben obtener nutrición a través de la fórmula por sonda; 2) personas con trastornos metabólicos innatos inusuales que requieren fórmulas médicas específicas para recibir nutrientes esenciales que no están disponibles por ningún otro medio; y 3) niños que requieren fórmulas médicas debido a factores atenuantes en el crecimiento y el desarrollo. La cobertura para ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá productos alimenticios sólidos modificados que sean bajos en proteínas o que contengan proteínas modificadas. | | |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Atención de emergencia**<br><br>Atención de emergencia se refiere a servicios que son los siguientes:<br>• Prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y<br>• Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.<br><br>Una emergencia médica se produce cuando usted u otra persona prudente, no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.<br><br>El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que son brindados fuera de la red es el mismo que el de los servicios brindados dentro de la red.<br><br>La atención médica de emergencia solo está cubierta dentro de los Estados Unidos. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de emergencia dentro de los Estados Unidos.<br><br>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita una atención hospitalaria después de que se estabilizó su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención médica siga cubierta o debe tener la autorización del plan para recibir atención hospitalaria en un hospital fuera de la red. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de emergencia dentro de los Estados Unidos.<br><br>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita una atención hospitalaria después de que se estabilizó su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención médica siga cubierta o debe tener la autorización del plan para recibir atención hospitalaria en un hospital fuera de la red. |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Servicios de audición**<br><br>Los diagnósticos de audición y las valoraciones de equilibrio que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertos como atención ambulatoria cuando los suministra un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Los beneficios del plan de Medicare también cubren $500 por oído para la compra de audífonos cada tres años.<br><br>Los beneficios de Medicaid del plan incluyen audición y selección, ajuste y dispensación, controles de audífonos después de la dispensación, evaluaciones de conformidad y reparaciones de audífonos; servicios de audiología que incluyen exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y recetas de audífonos; y productos para audífonos, incluidos audífonos, moldes para los oídos, accesorios especiales y piezas de repuesto. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de audición.<br><br>El plan pagará hasta $500 por oído por la compra de audífonos cada 3 años.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de audición.<br><br>El plan pagará hasta $500 por oído por la compra de audífonos cada 3 años.<br><br>Se requiere autorización previa. |
| **Examen de detección de VIH**<br><br>Para personas que solicitan un examen de detección del VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos:<br><br>• Un examen de detección cada 12 meses<br><br>Para mujeres embarazadas, cubrimos:<br><br>• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo | No existe coaseguro, copago o deducible para miembros que son elegibles para el examen de detección preventivo de VIH cubierto por Medicare. | No existe coaseguro, copago o deducible para miembros que son elegibles para el examen de detección preventivo de VIH cubierto por Medicare. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Comidas entregadas a domicilio**<br><br>Y/o comidas en entornos grupales, como centros de atención diurna.<br><br>Comidas que se entregan a domicilio o en entornos de reunión, como centros para personas mayores, para personas que no pueden cocinar ni cuentan con alguien que lo haga por ellos. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios cubiertos por Medicare.<br><br>Cubierto por los beneficios de Medicaid del plan.<br><br>**Se requiere autorización previa** | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios cubiertos por Medicare.<br><br>Cubierto por los beneficios de Medicaid del plan.<br><br>**Se requiere autorización previa** |
| ***Atención de una agencia de salud domiciliaria**<br><br>Antes de recibir servicios de cuidado a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de cuidado a domicilio y ordenar que sean realizados por una agencia de atención médica a domicilio. Usted debe permanecer en casa, lo que significa que salir de ella requiere un gran esfuerzo.<br><br>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:<br>• Servicios de enfermería especializada o de un asistente para la salud en el hogar a tiempo parcial o intermitente (cubierto según el beneficio de atención médica domiciliaria, sus servicios especializados de enfermería y asistente para la salud en el hogar deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.<br>• Servicios sociales y médicos<br>• Equipos y suministros médicos.<br>• Los beneficios de Medicaid del plan incluyen la cobertura de servicios no incluidos en los servicios de atención | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicare o Medicaid.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicare o Medicaid.<br><br>Se requiere autorización previa. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| médica domiciliaria cubiertos por Medicare, como los servicios de un asistente para la salud en el hogar con supervisión de enfermería para personas médicamente inestables. | | |
| ***Terapia de infusión en el hogar**<br><br>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen los medicamentos (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).<br><br>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:<br>• Servicios profesionales, que incluyen servicios de enfermería, prestados según el plan atención.<br>• Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero.<br>• Supervisión a distancia.<br>• Servicios de supervisión para la terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar, prestados por un proveedor capacitado de terapia de infusión en el hogar. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicare o Medicaid.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicare o Medicaid.<br><br>Se requiere autorización previa. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Atención en un centro de cuidados paliativos**<br><br>Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted califica para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico de enfermedad terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue el curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:<br>• Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor<br>• Atención de relevo a corto plazo<br>• Atención en el hogar<br><br>Para servicios de cuidados paliativos y otros servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal. Mientras participe en el programa del centro de cuidados paliativos, su proveedor facturará a Original Medicare por los servicios que ellos pagan. | Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, no Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), paga sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal. | Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, no Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), paga sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación)**<br><br><u>Para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico de enfermedad terminal:</u> Si necesita servicios sin carácter de emergencia o que no se necesitan con urgencia que son cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal, los costos por estos servicios dependen de si utilizó un proveedor de la red de nuestro plan:<br>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red.<br>• Si obtiene servicios cubiertos por un proveedor fuera de la red, solo paga el monto de costos compartidos en virtud del pago por servicio de Medicare (Original Medicare)<br><br><u>Para los servicios que están cubiertos por Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están incluidos en la Parte A o B, independientemente de que estén relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal. Usted paga su monto de costos compartidos para estos servicios. | Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, no Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), paga sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal. | Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, no Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), paga sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Atención en un centro de cuidados paliativos (continuación)**<br><br>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca son cubiertos al mismo tiempo por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan. Para más información, consulte el capítulo 5, sección 9.4 (*Qué hacer si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare*)<br><br>**Nota: Si necesita atención de cuidados no paliativos (atención no relacionada con su pronóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.** | | |
| **Inmunizaciones**<br><br>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:<br>• Vacuna contra la neumonía<br>• Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias<br>• Vacuna contra la Hepatitis B, si posee riesgo intermedio o alto de contraer esta enfermedad<br>• Otras vacunas, si usted es un paciente de riesgo y estas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare<br>• COVID-19<br><br>También cubrimos ciertas vacunas bajo nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D. | No existe coaseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, influenza y hepatitis B. | No existe coaseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, influenza y hepatitis B. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados**<br><br>Incluye atención de agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria como paciente hospitalizado comienza el día que usted es formalmente admitido en el hospital con una orden médica. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.<br><br>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:<br>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario)<br>• Comidas, incluidas las dietas especiales<br>• Servicios de enfermería regular<br>• Costos de unidades de cuidado especial (como de terapia intensiva o unidades de atención coronaria)<br>• Fármacos y medicamentos<br>• Pruebas de laboratorio<br>• Radiografías y otros servicios de radiología<br>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios<br>• Uso de dispositivos, como sillas de ruedas<br>• Costos de quirófano y sala de recuperación<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.<br>• Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias | No existe deducible, copagos o coaseguro para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.<br><br>Los beneficios de Medicare de nuestro plan cubren 90 días de internación para pacientes hospitalizados. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estancia hospitalaria es mayor a 90 días, puede utilizar esos días adicionales. Pero una vez que utilizó esos 60 días adicionales, la cobertura de hospitalización se limitará a 90 días. | No existe deducible, copagos o coaseguro para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados.<br><br>Los beneficios de Medicare de nuestro plan cubren 90 días de internación para pacientes hospitalizados. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estancia hospitalaria es mayor a 90 días, puede utilizar esos días adicionales. Pero una vez que utilizó esos 60 días adicionales, la cobertura de hospitalización se limitará a 90 días. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)**<br>• En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Si necesita un trasplante, nosotros coordinaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si se le considera como candidato. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o encontrarse fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera de los patrones de atención de la comunidad, usted puede optar por recibir los servicios en forma local, siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para los trasplantes en su comunidad y usted elige obtener los trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y su acompañante. | Un período de beneficios comienza el primer día que acude a un hospital o centro de enfermería especializada como paciente hospitalizado cubierto por Medicare. El período de beneficios termina cuando ya no es un paciente hospitalizado en un hospital o SNF por 60 días consecutivos. Si acude a un hospital (o SNF) después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un período de beneficios nuevo.<br>No hay límite en cuanto al número de períodos de beneficios que usted puede tener.<br>Los beneficios de Medicaid de nuestro plan cubren hasta 365 días por año (366 en un año bisiesto) para una internación. | Un período de beneficios comienza el primer día que acude a un hospital o centro de enfermería especializada como paciente hospitalizado cubierto por Medicare. El período de beneficios termina cuando ya no es un paciente hospitalizado en un hospital o SNF por 60 días consecutivos. Si acude a un hospital (o SNF) después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un período de beneficios nuevo.<br>No hay límite en cuanto al número de períodos de beneficios que usted puede tener.<br>Los beneficios de Medicaid de nuestro plan cubren hasta 365 días por año (366 en un año bisiesto) para una internación. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)**<br><br>• Sangre: incluye conservación y administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos empaquetados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o tener sangre donada por usted o alguna otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.<br>• Servicios de médicos<br><br>**Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para su ingreso formal en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital.<br><br>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la web en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.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 del día, los 7 días de la semana. | Si recibe atención como paciente hospitalizado autorizado en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia ha sido estabilizada, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.<br><br>Se requiere autorización previa para las admisiones optativas, no para la atención de emergencia. | Si recibe atención como paciente hospitalizado autorizado en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia ha sido estabilizada, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.<br><br>Se requiere autorización previa para las admisiones optativas, no para la atención de emergencia. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Atención de salud mental para pacientes hospitalizados**<br><br>Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención médica mental que requieran de una estancia hospitalaria. El beneficio de Medicaid de nuestro plan proporciona atención médicamente necesaria, incluidos los días que exceden el máximo de 190 días de por vida de Medicare. | No existe deducible, copagos o coaseguro para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados.<br><br>Los beneficios de Medicare de nuestro plan cubren una hospitalización médicamente necesaria de hasta 90 días por cada período de beneficios. Nuestro plan también cubre hasta 60 días adicionales de reserva de por vida. Se otorgan 90 días por cada período de beneficios, pero los 60 días de reserva de por vida se pueden usar solo una vez durante la vida del beneficiario para atención médica proporcionada en un hospital de cuidados intensivos o un hospital psiquiátrico.<br><br>Medicare limita a 190 días la cobertura la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados. Los beneficios de Medicaid de nuestro plan cubren los días que superen ese límite de 190 días de Medicare. | No existe deducible, copagos o coaseguro para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados.<br><br>Los beneficios de Medicare de nuestro plan cubren una hospitalización médicamente necesaria de hasta 90 días por cada período de beneficios. Nuestro plan también cubre hasta 60 días adicionales de reserva de por vida. Se otorgan 90 días por cada período de beneficios, pero los 60 días de reserva de por vida se pueden usar solo una vez durante la vida del beneficiario para atención médica proporcionada en un hospital de cuidados intensivos o un hospital psiquiátrico.<br><br>Medicare limita a 190 días la cobertura la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Atención de salud mental para pacientes hospitalizados (continuación)** | El beneficio de Medicaid de nuestro plan proporciona atención médicamente necesaria, incluidos los días que exceden el máximo de 190 días de por vida de Medicare.<br><br>Se requiere autorización previa. | Los beneficios de Medicaid de nuestro plan cubren los días que superen ese límite de 190 días de Medicare.<br><br>Se requiere autorización previa. |
| ***Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un SNF durante una estancia no cubierta como paciente hospitalizado**<br><br>Si ha agotado sus beneficios de paciente hospitalizado o si la estancia del paciente no es razonable o necesaria, no cubriremos esa estancia del paciente. Sin embargo, en algunos casos, cubrimos algunos servicios que usted recibe mientras está en el hospital o en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:<br>• Servicios de médicos<br>• Pruebas de diagnóstico (pruebas de laboratorio)<br>• Radiografía, radioterapia y terapias con radioisótopos, incluidos materiales y servicios de técnicos<br>• Vendajes quirúrgicos<br>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones<br>• | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios prestados que estén cubiertos por Medicare.<br><br>Se puede requerir autorización previa.<br><br>Se puede requerir remisión. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios prestados que estén cubiertos por Medicare.<br><br>Se puede requerir autorización previa.<br><br>Se puede requerir remisión. |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Estancia como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un SNF durante una estancia no cubierta como paciente hospitalizado (continuación)**<br>• Dispositivos protésicos y ortopédicos (aparte de los dentales) que reemplacen parcial o totalmente un órgano interno del cuerpo (inclusive tejido contiguo) o la función total o parcial de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o disfuncional, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos.<br>• Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente.<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla<br>• El beneficio de Medicaid de nuestro plan ofrece días en un centro de enfermería especializada proporcionados por un centro autorizado, que exceden los primeros 100 días del período de beneficios de Medicare. | | |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Terapia médica de nutrición**<br><br>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero sin diálisis), o que se hayan sometido a un trasplante de riñón que ha sido ordenado por su médico.<br><br>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación personalizada durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro Plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que reciba más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recomendar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario durante el siguiente año calendario. | No existe coaseguro, copago o deducible para miembros que son elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare. | No existe coaseguro, copago o deducible para miembros que son elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare. |
| **Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)**<br><br>Los servicios del MDPP se cubrirán a los beneficiarios de Medicare que califiquen en virtud de planes de salud de Medicare.<br><br>MDPP es una intervención estructurada de cambio del comportamiento de salud que provee capacitación práctica en el cambio de la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de la pérdida de pesos sostenida y un estilo de vida saludable. | No existe coaseguro, copago o deducible para el beneficio del MDPP. | No existe coaseguro, copago o deducible para el beneficio del MDPP. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare**<br><br>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y son inyectados o infundidos mientras recibe los servicios médicos, como paciente ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio<br>• Medicamentos administrados a través de equipos médicos duraderos (como nebulizadores) autorizados por el plan<br>• Factores de coagulación que se auto administran a través de una inyección, si usted padece de hemofilia<br>• Medicamentos inmunosupresores, si usted estuviera inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órgano<br>• Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si está confinado en su casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento<br>• Antígenos<br>• Ciertos medicamentos antineoplásicos orales y antieméticos<br>• Ciertos medicamentos para diálisis a domicilio, incluida la heparina, el antídoto para la heparina en caso de que sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como EpogenÒ, ProcritÒ, Epoetin Alfa, AranespÒ o Darbepoetin Alfa).<br>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades inmunodeficientes primarias | No existe deducible, copago o coaseguro para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe deducible, copago o coaseguro para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.<br><br>Se requiere autorización previa. |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)**<br><br>También cubrimos ciertas vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.<br><br>En el capítulo 5, se explican los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas médicas. En el capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan. | | |
| **Examen de detección de obesidad y terapia para lograr pérdida de peso sostenida**<br><br>Si usted tiene un índice de masa corporal superior a 30, cubrimos la ayuda y orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. La orientación se cubre si se le brinda en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Converse con su médico de atención primaria o especialista para averiguar más datos. | No existe coaseguro, copago o deducible para las pruebas preventivas y la terapia de la obesidad. | No existe coaseguro, copago o deducible para las pruebas preventivas y la terapia de la obesidad. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Servicios del programa de tratamiento con opioides**<br>Los miembros de nuestro plan con un trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:<br>• Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU.<br>• Dispensación y administración de medicamentos del MAT (si corresponde)<br>• Asesoramiento sobre uso de sustancias<br>• Terapia individual y grupal<br>• Pruebas toxicológicas<br>• Actividades de ingesta<br>• Evaluaciones periódicas | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios del programa de tratamiento por uso de opiáceos.<br>Se requiere autorización previa.<br>Se requiere remisión. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios del programa de tratamiento por uso de opiáceos.<br>Se requiere autorización previa.<br>Se requiere remisión. |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Pruebas de diagnóstico ambulatorias, servicios terapéuticos y suministros**<br><br>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:<br>• Radiografías<br>• Radioterapia (radio y radioisótopos), incluidos los suministros y materiales técnicos<br>• Suministros quirúrgicos, tales como vendajes<br>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones<br>• Pruebas de laboratorio<br>• Sangre: incluye conservación y administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos empaquetados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o tener sangre donada por usted o alguna otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.<br>• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. | No existe coaseguro, copago o deducible para pruebas de diagnóstico ambulatorias, servicios terapéuticos y suministros.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para pruebas de diagnóstico ambulatorias, servicios terapéuticos y suministros.<br><br>Se requiere autorización previa.<br><br>. |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Servicios de observación para pacientes ambulatorios**<br><br>Los servicios de observación son servicios para pacientes ambulatorios en hospitales que determinan si debe ser ingresado como un paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.<br><br>Para cubrir los servicios de observación para pacientes ambulatorios en hospital, estos deben cumplir con los criterios de Medicare y la situación deberá ser razonable y necesaria. Los servicios de observación solo serán cubiertos bajo la solicitud de un médico u otro individuo autorizado por la ley estatal de licencias y por los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital o solicitar pruebas para pacientes ambulatorios.<br><br>**Nota:** A menos que el proveedor haya dejado una orden escrita para ingresarlo como paciente hospitalizado, seguirá siendo paciente ambulatorio y pagando los montos de costos compartidos para los servicios hospitalarios del paciente ambulatorio. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.<br><br>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la web en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.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 del día, los 7 días de la semana. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de observación para pacientes ambulatorios.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de observación para pacientes ambulatorios.<br><br>Se requiere autorización previa. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios**<br><br>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.<br><br>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:<br>• Servicios en el departamento de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria<br>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital<br>• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin él se requeriría tratamiento como paciente hospitalizado<br>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital<br>• Suministros médicos, tales como férulas y yesos<br>• Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo<br><br>**Nota:** A menos que el proveedor haya dejado una orden escrita para ingresarlo como paciente hospitalizado, seguirá siendo paciente ambulatorio y pagando los montos de costos compartidos para los servicios hospitalarios del paciente ambulatorio. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.<br><br>Se requiere autorización previa. |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)**<br><br>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en la web en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.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 del día, los 7 días de la semana. | | |
| ***Atención de salud mental ambulatoria**<br><br>Los servicios cubiertos incluyen:<br><br>Los servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero especializado, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado. | No existe coaseguro, copago o deducible para la atención de salud mental para pacientes ambulatorios.<br><br>Puede consultar por su cuenta por una valoración con un proveedor de la red en un período de 12 meses.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para la atención de salud mental para pacientes ambulatorios.<br><br>Puede consultar por su cuenta por una valoración con un proveedor de la red en un período de 12 meses.<br><br>Se requiere autorización previa. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios**<br><br>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia de lenguaje.<br><br>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en distintos entornos para pacientes ambulatorios, tal como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Ambulatoria Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF). | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.<br><br>Se requiere autorización previa. |
| ***Servicios ambulatorios por consumo de sustancias**<br><br>Estos programas ofrecen tratamiento de forma ambulatoria para el consumo de sustancias, en entornos individuales y grupales.<br><br>Los servicios pueden incluir servicios ambulatorios intensivos (cuidado ininterrumpido durante varios días) y consejería tradicional (una o varias horas al día, por lo general, de forma semanal o bisemanal). Los servicios ambulatorios no residenciales proporcionados para el tratamiento de la dependencia de las drogas o el alcohol, sin el uso de farmacoterapias. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios ambulatorios para el consumo de sustancias.<br><br>Puede consultar por su cuenta por una valoración con un proveedor de la red en un período de 12 meses.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios ambulatorios para el consumo de sustancias.<br><br>Puede consultar por su cuenta por una valoración con un proveedor de la red en un período de 12 meses.<br><br>Se requiere autorización previa. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros ambulatorios de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios**<br><br>**Nota:** Si se somete a una cirugía en un hospital, debe consultar a su proveedor para saber si será considerado paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya dejado una orden escrita para ingresarlo como paciente hospitalizado, será paciente ambulatorio y pagará los montos de costos compartidos para la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio". | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que se proporcionan en centros ambulatorios en hospitales o centros quirúrgicos ambulatorios.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que se proporcionan en centros ambulatorios en hospitales o centros quirúrgicos ambulatorios.<br><br>Se requiere autorización previa. |
| **Artículos de venta libre (OTC)**<br><br>Los artículos de venta libre autorizados se pueden obtener en la mayoría de las farmacias o a través de nuestro programa de envío por correo.<br><br>El programa de artículos de venta libre (Over the Counter, OTC) de Integra se administra a través de Incomm, un tercero contratado por Integra. Por consultas, puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de Integra al 1-877-388-5195. TTY: 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, del 1 de Octubre al 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de Abril al 30 de Septiembre. | Usted recibe una asignación mensual de $150 para artículos elegibles de venta libre.<br><br>Esto incluye la terapia de reemplazo de nicotina (Nicotine Replacement Therapy, NRT). | Usted recibe una asignación mensual de $125 para los artículos elegibles de venta libre.<br><br>Esto incluye la terapia de reemplazo de nicotina (Nicotine Replacement Therapy, NRT). |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Artículos de venta libre (OTC) (continuación)**<br><br>Integra ofrece un beneficio de alimentos saludables como parte del beneficio de artículos de venta libre (OTC). Puede utilizar hasta $50 para comprar artículos como: suministros para el cuidado de la diabetes, alimentos, bebidas, vitaminas y suplementos nutricionales. El beneficio de alimentos saludables es para miembros elegibles para beneficios suplementarios especiales y considerados enfermos crónicos. | Esto incluye hasta $50 que se pueden gastar en alimentos y artículos comestibles a través de nuestro programa de artículos de venta libre.<br><br>**Hay un límite máximo mensual de $150 de los cuales hasta $50 de los $150 se pueden gastar en alimentos y productos comestibles. Los $50 para Alimentos y abarrotes son para miembros elegibles para beneficios suplementarios especiales y considerados enfermos crónicos.**<br><br>**Estos fondos se renuevan mensualmente y no se trasladan de un mes a otro.**<br><br>Puede tener disponible algunos productos médicos a través de Medicaid con su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid. | Esto incluye hasta $50 que se pueden gastar en alimentos y artículos comestibles a través de nuestro programa de artículos de venta libre.<br><br>**Hay un límite máximo mensual de $125 de los cuales hasta $50 de los $125 se pueden gastar en alimentos y productos comestibles. Los $50 para Alimentos y abarrotes son para miembros elegibles para beneficios suplementarios especiales y considerados enfermos crónicos.**<br><br>**Estos fondos se renuevan mensualmente y no se trasladan de un mes a otro.**<br><br>Puede tener disponible algunos productos médicos a través de Medicaid con su tarjeta de identificación de beneficios de Medicaid. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Servicios de hospitalización parcial**<br><br>La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado a modo de servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización como paciente hospitalizado. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de hospitalización parcial. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de hospitalización parcial. |
| ***Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas a consultorio médico**<br><br>Los servicios cubiertos incluyen:<br><br>• Atención médica o quirúrgica médicamente necesaria en un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar.<br><br>• Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.<br><br>• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, si su médico lo ordena para comprobar si necesita tratamiento médico.<br><br>• Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros con diálisis domiciliaria, en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico hospitalario, una institución de diálisis renal o en el hogar del miembro. | No existe coaseguro, copago ni deducibles para los servicios de un médico/ especialista, incluidos los servicios de telesalud.<br><br>Para servicios cubiertos por Medicare para servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico.<br><br>Se requiere remisión para especialistas.<br><br>Se puede requerir autorización previa. | No existe coaseguro, copago ni deducibles para los servicios de un médico/ especialista, incluidos los servicios de telesalud.<br><br>Para servicios cubiertos por Medicare para servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico.<br><br>Se requiere remisión para especialistas.<br><br>Se puede requerir autorización previa. |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas a consultorio médico (continuación)**<br>• Servicios de telesalud para miembros con trastornos por abuso de sustancias o trastorno de salud mental concomitante, sin importar su ubicación.<br>• Chequeos virtuales (p. ej., por teléfono o videochat) con su médico de 5 a 10 minutos si:<br>o No es un paciente nuevo **y**<br>o El chequeo no está relacionado con una consulta en el consultorio dentro de los últimos 7 días **y**<br>o El chequeo no conduce a una consulta al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más cercana disponible<br>• Evaluación del video o las imágenes que le envía a su médico y la interpretación y el seguimiento por parte del médico dentro de las 24 horas **si:**<br>o No es un paciente nuevo **y**<br>o La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los últimos 7 días **y**<br>o La evaluación no conduce a una consulta al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más cercana disponible.<br>• Consultas que su médico realiza con otros médicos por teléfono, internet o con el registro de salud electrónico.<br>• Una segunda opinión a cargo de otro proveedor de la red antes de una cirugía. | | |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas a consultorio médico (continuación)**<br><br>Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o a las estructuras relacionadas, fijación de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de piezas dentales con el fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en enfermedades neoplásicas o los servicios que estarían cubiertos al ser brindados por un médico). | | |
| ***Servicios de podología**<br><br>Los servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente:<br>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo)<br>• Atención podológica de rutina para miembros que padecen ciertas afecciones médicas que afectan los miembros inferiores<br><br>Los servicios cubiertos por Medicaid incluyen lo siguiente:<br>• Visitas por atención de podología de rutina, hasta 4 visitas al año. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de podología.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de podología.<br><br>Se requiere autorización previa. |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Exámenes de detección de cáncer de próstata**<br><br>Para hombres a partir de los 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes, una vez cada 12 meses:<br>• Examen rectal digital<br>• Prueba de Antígeno Prostático Específico (PSA) | No existe coaseguro, copago o deducible para los exámenes de detección de cáncer de próstata.<br><br>Se exige autorización previa para los exámenes rectales digitales. | No existe coaseguro, copago o deducible para los exámenes de detección de cáncer de próstata.<br><br>Se exige autorización previa para los exámenes rectales digitales. |
| ***Dispositivos protésicos y suministros relacionados**<br><br>Dispositivos (que no sean odontológicos) que reemplazan una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de una colostomía, marcapasos, aparatos, zapatos ortopédicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen determinados suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos. Incluye también cierto tipo de cobertura luego de una extracción o cirugía de cataratas (para obtener más información, consulte "Atención oftalmológica" más adelante en esta sección). Los beneficios de Medicaid del plan incluyen calzado recetado y medias de compresión y de soporte cubiertos por Medicaid, que deben estar justificados por necesidad médica. | No existe coaseguro, copago o deducible para las prótesis y suministros relacionados.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para las prótesis y suministros relacionados.<br><br>Se requiere autorización previa. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Servicios de rehabilitación pulmonar**<br><br>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), de moderada a muy grave, y tienen una orden de rehabilitación pulmonar de parte del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de rehabilitación pulmonar,<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de rehabilitación pulmonar,<br><br>Se requiere autorización previa. |
| **Tecnologías a distancia** | **Los servicios de telesalud son proporcionados por Teladoc**<br><br>Costo compartido de $0<br><br>Usted tiene la opción de recibir servicios de telesalud de un médico de cabecera recibidos a través de **Teladoc**, un proveedor contratado que proporciona servicios de médico de cabecera certificados por la junta de forma remota. | **Los servicios de telesalud son proporcionados por Teladoc**<br><br>Costo compartido de $0<br><br>Usted tiene la opción de recibir servicios de telesalud de un médico de cabecera recibidos a través de **Teladoc**, un proveedor contratado que proporciona servicios de médico de cabecera certificados por la junta de forma remota. |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Tecnologías a distancia (continuación)** | Los servicios de telesalud de **Teladoc** están disponibles por teléfono, video seguro a través de su computadora personal o usando un dispositivo móvil como una tableta durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Teladoc<br><br>Puede comunicarse con Servicios al Miembro al 1-800-TELADOC (835-2362) o acceder a su sitio en www.teladoc.com | Los servicios de telesalud de **Teladoc** están disponibles por teléfono, video seguro a través de su computadora personal o usando un dispositivo móvil como una tableta durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Teladoc<br><br>Puede comunicarse con Servicios al Miembro al 1-800-TELADOC (835-2362) o acceder a su sitio en www.teladoc.com |
| **Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol**<br><br>Cubrimos un examen de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan, pero no dependen del alcohol.<br><br>Si su examen de abuso de alcohol resulta positivo, usted puede recibir 4 sesiones privadas de asesoramiento por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o especialista calificado en un centro de atención primaria. | No existe coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare. | No existe coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare. |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)**<br><br>Para las personas calificadas, cubrimos LDCT cada 12 meses.<br><br>**Los miembros elegibles son** aquellas personas entre 55 y 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de haber fumado al menos 30 paquetes al año de tabaco y que actualmente fuman o han dejado de fumar al menos en los últimos 15 años, que reciben una indicación escrita de LDCT durante una visita de asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para tales visitas y que sea brindado por un médico o un especialista no médico calificado.<br><br>***Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón después del examen de detección LDCT inicial*: los miembros deben recibir una orden escrita para una prueba de detección de LDCT, que puede ser brindada durante cualquier visita adecuada con un médico o con un especialista no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige proporcionar asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y hacer una consulta informada compartida para los posteriores exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.** | No existe coaseguro, copago o deducible para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT. | No existe coaseguro, copago o deducible para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT. |

| Servicios que tiene cubiertos | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas**<br><br>Cubrimos los exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) por clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y para determinadas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando un Médico de Atención Primaria ordena las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.<br><br>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales al año, de 20 a 30 minutos de duración, de asesoramiento conductual de alta intensidad para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son proporcionadas por un médico de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como un consultorio médico. | No existe coaseguro, copago o deducible para los exámenes de detección de ITS y asesoramiento para prevenir ITS, cubiertos por Medicare. | No existe coaseguro, copago o deducible para los exámenes de detección de ITS y asesoramiento para prevenir ITS, cubiertos por Medicare. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Servicios para el tratamiento de enfermedades renales**<br><br>Los servicios cubiertos incluyen:<br>• Servicios de educación sobre enfermedades renales, para enseñar los cuidados renales y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que padezcan enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida.<br>• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el capítulo 3)<br>• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si está hospitalizado para recibir cuidado especial)<br>• Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para que usted y cualquier otra persona pueda ayudarlo en sus tratamientos de diálisis domiciliarios)<br>• Equipos y suministros de diálisis en el hogar<br>• Ciertos servicios de asistencia domiciliaria (por ejemplo, si es necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar su diálisis domiciliaria, para ayudar en casos de emergencia, así como para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua)<br><br>Ciertos medicamentos para la diálisis están cubiertos bajo su beneficio de medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte B, consulte la sección, “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare". | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de tratamiento de enfermedades renales.<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios de tratamiento de enfermedades renales.<br><br>Se requiere autorización previa. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Atención en centro de enfermería especializada (SNF)**<br><br>(La definición de "centro de enfermería especializada" se incluye en el capítulo 12 de este cuadernillo. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan "SNF").<br><br>No se requiere estancia hospitalaria previa.<br><br>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:<br>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria)<br>• Comidas, incluso dietas especiales<br>• Servicios de enfermería especializada<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.<br>• Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación de la sangre).<br>• Sangre: incluye conservación y administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos empaquetados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o tener sangre donada por usted o alguna otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.<br>• Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF<br>• Pruebas de laboratorio que por lo general son realizadas por los SNF | No existe coaseguro, copago o deducible para la atención en centros de enfermería especializada.<br><br>Los beneficios de Medicare de nuestro plan cubren hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere una hospitalización de 3 días previos. Un período de beneficios comienza el día en que es internado como paciente y termina cuando no recibe atención como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de finalizado un periodo de beneficios, se inicia uno nuevo. | No existe coaseguro, copago o deducible para la atención en centros de enfermería especializada.<br><br>Los beneficios de Medicare de nuestro plan cubren hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere una hospitalización de 3 días previos. Un período de beneficios comienza el día en que es internado como paciente y termina cuando no recibe atención como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de finalizado un periodo de beneficios, se inicia uno nuevo. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)**<br><br>• Radiografías y otros servicios de radiología que por lo general son realizados por los SNF<br>• Uso de dispositivos, como sillas de ruedas que, por lo general, son proporcionados por los SNF<br>• Servicios médicos/especializados<br><br>Los beneficios de Medicare de nuestro plan cubren hasta 100 días por cada período de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es internado como paciente y termina cuando no recibe atención como paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de finalizado un periodo de beneficios, se inicia uno nuevo.<br><br>En la mayoría de los casos, recibirá la atención del SNF en centros pertenecientes a la red. Sin embargo, en las condiciones que se mencionan a continuación, puede recibir atención médica de un centro que no pertenece a la red si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.<br><br>• Un hogar de ancianos o comunidad de atención continua para adultos mayores donde usted estaba viviendo antes de ser hospitalizado (siempre y cuando brinde una atención en un centro de enfermería especializada).<br><br>**Un SNF donde su cónyuge vive en el momento en que usted sale del hospital.** | Los beneficios de Medicaid de nuestro plan cubren los días que superen ese límite de 100 días de Medicare.<br><br>Se requiere autorización previa. | Los beneficios de Medicaid de nuestro plan cubren los días que superen ese límite de 100 días de Medicare.<br><br>Se requiere autorización previa. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Terapia contra el tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar o usar tabaco)**<br><br>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.<br><br>Si consume tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que puedan verse afectados por el tabaco: Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales. | No existe coaseguro, copago o deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar cubiertos por Medicare. | No existe coaseguro, copago o deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar cubiertos por Medicare. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Terapia con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET)**<br><br>La SET está cubierta para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.<br><br>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.<br><br>El programa SET debe reunir las siguientes características:<br><br>• Consistir en sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicio para PAD en pacientes con claudicación<br>• Llevarse a cabo en un entorno ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico<br>• Estar a cargo de personal auxiliar calificado, necesario para asegurar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD<br>• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero especializado/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital<br><br>La SET puede estar cubierta durante más de 36 sesiones durante 12 semanas, por un total de 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. | No existe coaseguro, copago o deducible para la terapia con ejercicios supervisados (supervised exercise therapy, SET).<br><br>Se requiere autorización previa. | No existe coaseguro, copago o deducible para la terapia con ejercicios supervisados (supervised exercise therapy, SET).<br><br>Se requiere autorización previa. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Servicios que se necesitan con urgencia**<br><br>Los servicios que se necesitan con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica inesperada que no constituye una emergencia, pero que requiere de atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos.<br><br>El costo compartido por los servicios que se necesitan con urgencia que son brindados fuera de la red es el mismo que el de los servicios brindados dentro de la red.<br><br>La atención de urgencia está cubierta solo dentro de los Estados Unidos. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios que se necesitan con urgencia. | No existe coaseguro, copago o deducible para los servicios que se necesitan con urgencia. |
| ***Atención oftalmológica**<br><br>Los servicios cubiertos incluyen:<br>• Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y condiciones médicas del ojo, incluyendo el tratamiento para la degeneración macular asociada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto.<br>• Cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año para las personas con alto riesgo de padecer glaucoma. Las personas con alto riesgo de padecer glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. | No existe coaseguro, copago o deducible para los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.<br><br>Usted recibe una asignación de $150 por año para anteojos (lentes y marcos) y lentes de contacto.<br><br>Usted recibe un par de anteojos (lentes y marcos) por año o lentes de contacto ilimitados hasta un máximo de beneficio de $150 al año. | No existe coaseguro, copago o deducible para los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.<br><br>Usted recibe una asignación de $150 por año para anteojos (lentes y marcos) y lentes de contacto.<br><br>Usted recibe un par de anteojos (lentes y marcos) por año o lentes de contacto ilimitados hasta un máximo de beneficio de $150 al año. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| ***Atención oftalmológica (continuación)**<br>• Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez al año.<br>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, que incluye la colocación de lentes intraoculares (si se le deben practicar dos cirugías de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).<br>• El plan cubre hasta $150 para un par de anteojos por año.<br><br>Los servicios de anteojos de Integra se administran a través de Versant (anteriormente Davis Vision), un tercero contratado por Integra. Puede comunicarse con Versant al 1-800-999-5431 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 11:00 p.m., los sábados de 9:00 a.m. a 4:00 p.m. y los domingos de 12:00 p.m. a 4:00 p.m.<br>Los servicios cubiertos por Medicaid incluyen lo siguiente:<br>• Servicios de optometristas, oftalmólogos y dispensadores oftálmicos, incluidos anteojos, lentes de contacto médicamente necesarios y lentes de policarbonato, ojos artificiales y ayudas para visión disminuida.<br>• Reparación o reemplazo de piezas.<br>• Exámenes de diagnóstico y tratamiento de defectos de la vista o enfermedades oculares. Los exámenes de refracción se limitan a cada dos (2) años, a menos que se justifique lo contrario como médicamente necesario. | Se requiere autorización previa.<br><br>No existe coaseguro, copago o deducible para los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.<br><br>Se puede requerir autorización previa. | Se requiere autorización previa.<br><br>No existe coaseguro, copago o deducible para los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.<br><br>Se puede requerir autorización previa. |

| **Servicios que tiene cubiertos** | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (condados de Bronx, Kings, New York y Queens) | **Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios (Condado de Nassau) |
|---|---|---|
| **Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"**<br><br>El plan cubre la única visita preventiva "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesite (incluye ciertos exámenes de detección y vacunas) y remisiones para atención adicional, si fuera necesario.<br><br>**¡Importante!** Cubrimos la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando solicite su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". | No se aplica coaseguro, copago o deducible por la visita preventiva "Bienvenido a Medicare". | No se aplica coaseguro, copago o deducible por la visita preventiva "Bienvenido a Medicare". |

# SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP)?

## Sección 3.1 Servicios no cubiertos por Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) que están cubiertos por la tarifa de Medicaid por servicio

Los siguientes servicios no están cubiertos por Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), pero están disponibles para usted a través de Medicaid:

- Servicios fuera de la red de planificación familiar conforme a las disposiciones de acceso directo
- Beneficios de farmacia de Medicaid permitidos por la ley estatal (categorías de medicamentos seleccionados excluidos del beneficio de la Parte D de Medicare)
- Programas de tratamiento de mantenimiento con metadona
- Determinados servicios de salud mental, que incluyen lo siguiente:
    - Programas de tratamiento de rehabilitación psiquiátrica intensiva
    - Tratamiento diurno
    - Tratamiento diurno continuo
    - Administración de casos para aquellos que sufren de enfermedad mental grave o persistente (patrocinados por unidades de salud mental estatales o locales)
    - Hospitalizaciones parciales
    - Tratamiento Asertivo en la Comunidad (ACT)
    - Servicios Personalizados Orientados a la Recuperación (PROS)
- Servicios de rehabilitación que se ofrecen a residentes de residencias comunitarias con licencia OMH (CR) y programas de tratamiento con base en la familia

**Servicios de la Oficina de Retraso Mental y Discapacidades de Desarrollo (Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities, OMRDD)**
**Administración de casos integrales de Medicaid**

- Servicios del programa de exención basado en el hogar y la comunidad

**Terapia de observación directa para la enfermedad tuberculosis**

# SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

## Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan

Esta sección le informa qué servicios están "excluidos". "Excluidos" significa que el plan no cubre estos servicios.

La siguiente tabla describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición o que están cubiertos por el plan solo en determinadas condiciones.

No pagaremos los servicios médicos excluidos enumerados en el cuadro que aparece abajo, excepto en las circunstancias específicas establecidas. La única excepción: pagaremos si al presentarse una apelación se determina que un servicio que figura en el cuadro a continuación es un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a una circunstancia específica. (Para obtener información sobre la forma de apelar una decisión que hemos tomado referida a la no cobertura de un servicio médico, consulte la sección 6.3 del capítulo 9 en el presente cuadernillo).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en la Tabla de beneficios o en el cuadro que aparece abajo.

| **Servicios no cubiertos por Medicare** | **No cubiertos en ninguna condición** | **Cubiertos únicamente en condiciones específicas** |
|---|---|---|
| Servicios no considerados razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare. | ✓ | |
| Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales.<br>Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos que a criterio de nuestro plan y de Original Medicare no son aceptados en forma general por la comunidad médica. | | ✓<br>Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.<br>(Consulte la sección 5 del capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica). |
| Habitación privada en un hospital. | | ✓<br>Cubierto solo cuando es médicamente necesario. |

| **Servicios no cubiertos por Medicare** | **No cubiertos en ninguna condición** | **Cubiertos únicamente en condiciones específicas** |
|---|---|---|
| Artículos personales en su habitación del hospital o centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o un televisor. | ✓ | |
| Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar | ✓ Cubierto por los beneficios de Medicaid del plan | |
| *La atención supervisada es atención provista en una residencia de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando no requiere atención médica o de enfermería especializada. | ✓ Cubierto por los beneficios de Medicaid del plan | |
| Servicios de ama de casa, que incluyen asistencia básica en el hogar, incluida la preparación de comidas o las tareas domésticas livianas. | ✓ Cubierto por los beneficios de Medicaid del plan | |
| Honorarios cobrados por la atención por sus parientes inmediatos o integrantes de su vivienda. | ✓ | Cubiertos por Medicaid en casos en que el miembro se ha inscrito en el Programa de Asistencia Personal Dirigido por el Consumidor (Consumer Directed Personal Assistance Service, CDPAP). |

| **Servicios no cubiertos por Medicare** | **No cubiertos en ninguna condición** | **Cubiertos únicamente en condiciones específicas** |
|---|---|---|
| Cirugía o procedimientos estéticos | | ✓<br>• Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una malformación de un miembro del cuerpo.<br>• Cobertura de todas las etapas de la reconstrucción mamaria después de una mastectomía, incluso para la mama no afectada, con el fin de lograr un aspecto simétrico. |
| Atención odontológica de rutina, como limpiezas o empastes | ✓<br>Cubierto por los beneficios de Medicaid del plan | |
| Atención dental que no sea de rutina | Cubierto por los beneficios de Medicaid del plan | ✓<br>La atención odontológica requerida para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios. |
| Atención quiropráctica de rutina | | ✓<br>La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta. |
| Atención podológica de rutina | Cubierto por los beneficios de Medicaid del plan (hasta 4 consultas por año) | ✓<br>Se provee cierta cobertura limitada de conformidad con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes). |
| Comidas a domicilio | ✓<br>Cubierto por los beneficios de Medicaid del plan | |

| **Servicios no cubiertos por Medicare** | **No cubiertos en ninguna condición** | **Cubiertos únicamente en condiciones específicas** |
|---|---|---|
| Zapatos ortopédicos | | ✓<br>Si es médicamente necesario. |
| Dispositivos de apoyo para los pies | | ✓<br>Si es médicamente necesario. |
| Examen auditivo de rutina, audífonos o exámenes para regular los audífonos | ✓<br>Cubierto por los beneficios de Medicaid del plan | |
| Exámenes de vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para visión disminuida | Cubierto por los beneficios de Medicaid del plan | ✓<br>El examen ocular y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para los miembros después de una cirugía de cataratas. |
| Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de anticonceptivos de venta libre | ✓ | |
| Acupuntura | | ✓ |
| Servicios de naturopatía (que usan tratamientos naturales o alternativos). | ✓ | |

*La atención supervisada es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, tal como atención que lo ayuda a realizar las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

# CAPÍTULO 5.

## *Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*

# Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

**SECCIÓN 1 Introducción ..... 126**
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D ..... 126
Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D ..... 127

**SECCIÓN 2 Complete su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan ..... 128**
Sección 2.1 Para tener su receta con cobertura, use una farmacia de la red ..... 128
Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red ..... 128
Sección 2.3 Cómo usar el servicio de pedido por correo del plan ..... 129
Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos? ..... 130
Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no está en la red del plan? ..... 131

**SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan ..... 133**
Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos ..... 133
Sección 3.2 ¿Cómo puede averiguar si hay un medicamento específico en la Lista de medicamentos? ..... 134

**SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de ciertos medicamentos ..... 135**
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? ..... 135
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? ..... 135
Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? ..... 136

**SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en la que a usted le gustaría que lo estuviese? ..... 137**
Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en la que a usted le gustaría que lo estuviese ..... 137
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido en algún modo? ..... 138

**SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos? ..... 140**
Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año ..... 140
Sección 6.2 ¿ Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento mientras lo está tomando? ..... 140

**SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? ..... 142**
Sección 7.1 Tipos de medicamentos no cubiertos ..... 142

**SECCIÓN 8 Mostrar su tarjeta de membresía cuando surte una receta ..... 144**
Sección 8.1 Mostrar su tarjeta de membresía ..... 144
Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de membresía? ..... 144

**SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ..... 144**
Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan? ..... 144
Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted es un residente en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)? ..... 145
Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos por un plan grupal de empleador o de jubilados? ..... 145
Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare? ..... 146

**SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad en los medicamentos y administración de medicamentos ..... 147**
Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de manera segura ..... 147
Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad sus medicamentos opiáceos ..... 147
Sección 10.3 Programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos ..... 148

**SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra ..... 149**
Sección 11.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”) ..... 149
Sección 11.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos ..... 150

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

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica para y de hecho recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de sus medicamentos recetados. Como se encuentra en el programa "Ayuda Adicional", **alguna información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no corresponde para usted.** Le enviamos un cuadernillo llamado "Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos recetados" (también conocido como "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o la "Cláusula LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este cuadernillo, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números telefónicos de Servicio de Atención al Cliente figuran en la contratapa de este cuadernillo).

## SECCIÓN 1 Introducción

### Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D

Este capítulo **explica las normas para el uso de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.**

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) también cubre algunos medicamentos que se encuentran dentro de los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan, por lo general, cubre los medicamentos que usted recibe durante estancias cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de esta cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre algunos medicamentos incluidos los medicamentos para determinadas quimioterapias, determinadas inyecciones que le suministran en visitas al consultorio y medicamentos que recibe en centros de diálisis. El capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto)* describe los beneficios y costos de los medicamentos durante una estancia cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como también sus beneficios y costos de los medicamentos recetados de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos recetados de las Partes A, B y D de Medicare que no se relacionan con su pronóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos en virtud del beneficio de cuidados paliativos de Medicare. Para más información, consulte la sección 9.4 *(Qué hacer si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare*). Si desea más información acerca de la cobertura de cuidados paliativos, consulte la sección de cuidados paliativos del capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto*).

Las siguientes secciones analizan la cobertura de sus medicamentos recetados de conformidad con las reglas de beneficios de la Parte D del plan. La sección 9, *Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D en situaciones especiales* incluye más información sobre la cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información sobre el Programa de Farmacias de Medicaid del estado de New York, visite el siguiente sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm. Los residentes de la ciudad de New York pueden ponerse en contacto con la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de New York al 1-888-692-6116 para recibir información actualizada y precisa sobre los beneficios.

## Sección 1.2 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Usted debe tener un proveedor (médico, dentista u otro profesional) que expida la receta médica.
- El profesional que expide sus recetas médicas debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que demuestre que está calificado para expedir recetas médicas, o se denegará su reclamación de la Parte D. Debe consultar en la próxima visita a los profesionales que expiden las recetas médicas si cumplen con esta condición. Caso contrario, tenga en cuenta que lleva tiempo que el profesional que expide la receta médica presente los documentos necesarios para su procesamiento.
- Debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la sección 2, Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan).
- Su medicamento recetado debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (se denomina “Lista de medicamentos” en su forma abreviada). (Consulte la sección 3. *Sus medicamentos recetados deben estar en la "Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento recetado debe ser utilizado para una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” es el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration*, FDA) o respaldado por cierta documentación de referencia. (Consulte la sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

# SECCIÓN 2 Complete su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan

## Sección 2.1 Para tener su receta con cobertura, use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si son surtidas en las farmacias de la red del plan. (Consulte la sección 2.5 para obtener información sobre cuando cubriríamos recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para suministrar sus medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos recetados del plan.

## Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (https://www.integramanagedcare.com/provider-search),), o llamar al Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos figuran en la contratapa de este cuadernillo).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita surtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor emita una receta nueva o que su receta se transfiera a su nueva farmacia de la red.

### ¿Qué sucede si la farmacia que ha estado utilizando deja la red?

Si la farmacia que usted utiliza normalmente se retira de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos figuran en la contratapa de este cuadernillo) o usar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en https://www.integramanagedcare.com/provider-search.

### ¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

En algunas ocasiones, las recetas médicas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar. Consulte nuestro Directorio de proveedores y farmacias para saber qué farmacias proveen medicamentos para infusión en el hogar o llame al Servicio de Atención al Cliente si necesita ayuda para encontrar una farmacia con medicamentos para infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, los centros de atención a largo plazo (como una casa de reposo) cuentan con farmacias propias. Si usted se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de la red de farmacias de LTC que es, por lo general, la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con Servicio de Atención al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios para Servicios de Salud Indígena/Tribal/Programa de Salud Indígena Urbano [Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program] (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los Nativos Norteamericanos o Nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que expiden medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren manipulación especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Este escenario no debería ser muy frecuente).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos figuran en la contratapa de este cuadernillo).

## Sección 2.3 Cómo usar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos suministrados a través de pedidos por correo son aquellos que utiliza regularmente para tratar una afección médica crónica o de larga duración. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están indicados como **medicamentos "pedidos por correo"** en nuestra Lista de Medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que solicite **un suministro para 90 días.**

Para obtener formularios de pedidos e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente al número que figura en el reverso de este cuadernillo. También puede visitar el sitio web www.envisionpharmacies.com o llamar al 1-866-909-5170. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Por lo general, recibirá un pedido de la farmacia de pedido por correo en no más de 14 días. Si su pedido tiene demora, podemos completar un suministro temporal en una farmacia minorista hasta que reciba el pedido por correo. Para obtener un suministro temporal, llámenos al 1-833-459-4422 e

infórmenos sobre la demora en su pedido. Esta línea está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY usan 711.

**La farmacia recibe las nuevas recetas directamente del consultorio de su médico.**
Una vez que la farmacia recibe una receta médica de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para ver si desea que le surtan el medicamento recetado de inmediato o más adelante. Ello le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la formulación) y, de ser necesario, le permitirá cancelar o demorar el pedido antes del envío. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte, a fin de que sepa qué hacer con la nueva receta médica e impedir demoras en el envío.

**Reposiciones en recetas de pedidos por correo.** Para la reposición de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. Si usted se suscribe en este programa, comenzaremos a procesar su próxima reposición de la receta médica de manera automática cuando nuestros registros indiquen que debería estar próximo a quedarse sin medicamentos. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviarle cada reposición para asegurarse de que necesita más medicamento y usted podrá cancelar las reposiciones programadas si tiene suficiente cantidad de medicamento o si este ha cambiado. Si decide no utilizar nuestro programa de reposición automática, contacte a la farmacia 14 días antes de que el medicamento que posee se le termine para asegurarse de que el próximo pedido le llegue a tiempo.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente las reposiciones de pedidos por correo, comuníquese con nosotros en línea en www.envisionpharmacies.com http://www.elixirsolutions.com/members/about-mail o llame al 1-**866-909-5170. Para TTY, llame al 711. El horario de atención es** de lunes a viernes de 8 a.m. a 10 p.m. y los sábados de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.

De esta manera, la farmacia puede contactarlo para confirmar su pedido antes del envío. Asegúrese de hacerle saber a la farmacia los mejores métodos de contacto. Usted dará esta información al momento de su afiliación en el programa de pedidos por correo. Para actualizar su información, ingrese en línea en http://www.elixirsolutions.com/members/about-mail o llame al 1-**866-909-5170. Para TTY, llame al 711. El horario de atención es de** lunes a viernes de 8 a.m. a 10 p.m. y los sábados de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.

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

Cuando usted recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos recetados de mantenimiento son aquellos que toma regularmente para tratar una afección médica crónica o a largo plazo). Puede solicitar este suministro mediante un pedido por correo (ver sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** en nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos pedidos por correo. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para obtener más información (los números telefónicos están en la contratapa del presente cuadernillo).
2. Para determinados tipos de medicamentos, usted puede usar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están indicados como **medicamentos "pedidos por correo"** en nuestra Lista de Medicamentos. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite hacer su pedido de *al menos* un suministro para 90 días. Consulte la sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

## Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no está en la red del plan?

### Su receta puede ser cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red, estas son las circunstancias en las cuales podríamos cubrir las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

*Cuando viaja o está lejos del área de servicio del plan.*

Si toma medicamentos recetados de forma regular y se va de viaje, asegúrese de revisar su suministro del medicamento antes de partir. Cuando sea posible, lleve con usted el medicamento que necesitará. Podrá solicitar sus medicamentos recetados por adelantado a través de nuestro servicio de pedido por correo a la farmacia.

Si se encuentra viajando dentro de los Estados Unidos y sus territorios y se enferma o pierde o se le acaban sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo completo (en lugar de solo pagar su copago) al surtir su receta. Puede solicitarnos el reembolso de su parte del costo al presentar un formulario de reclamación. Si va a una farmacia de la red, puede ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta surtida en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red le cobró por su receta. Para conocer cómo presentar una reclamación en papel, consulte el proceso de reclamaciones en papel que se describe más adelante.

También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para ver si hay una farmacia de la red en el área en la que se encuentra viajando. Si no hay farmacias de la red en el área, Servicio de Atención al Cliente tal vez pueda hacer los arreglos para que obtenga sus recetas de una farmacia fuera de la red.

## Emergencias médicas o atención que se necesita con urgencia

Vamos a cubrir las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con una emergencia médica o una atención urgente. En esta situación, usted tendrá que pagar el costo completo en lugar de solo pagar su copago al surtir su receta. Puede solicitarnos el reembolso de su parte del costo al presentar un formulario de reclamación en papel. Si va a una farmacia de la red, puede ser responsable de pagar la diferencia entre lo que pagaríamos por una receta surtida en una farmacia de la red y lo que la farmacia fuera de la red le cobró por su receta.

Hay otras instancias en las que puede hacer que cubran sus recetas si va a una farmacia fuera de la red. Cubriremos sus recetas en una farmacia fuera de la red si se cumple al menos uno de los siguientes puntos:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en tiempo y forma dentro de nuestra área de servicio debido a que no hay ninguna farmacia de la red dentro de una distancia en automóvil razonable que brinde servicio 24 horas.
- Si está tratando de surtir una receta que no está disponible regularmente en una farmacia minorista de la red que sea accesible o de pedido por correo, incluyendo medicamentos de alto costo o medicamentos únicos.
- Si recibe una vacuna que es médicamente necesaria pero no está cubierta por la Parte B de Medicare y algunos medicamentos que son administrados en el consultorio de su médico.

Si surte una receta en una farmacia fuera de la red por las razones mencionadas anteriormente, puede tener que pagar el costo completo en lugar de pagar solo el coaseguro o el copago. Puede solicitarnos el reembolso de su parte del costo al presentar una reclamación en papel. Debe presentarnos una reclamación si surtió una receta en una farmacia fuera de la red, ya que cualquier monto que pague por un medicamento de la Parte D cubierto lo ayudará a calificar para una cobertura catastrófica. Para conocer cómo presentar una reclamación en papel, consulte el proceso de reclamaciones en papel descritos en la subsección a continuación llamada "Cómo presentar una reclamación en papel".

El suministro de un medicamento que se puede obtener de un proveedor de una farmacia fuera de la red está limitado a límites de suministro de 30 días y al uso del pedido por correo durante viajes prolongados fuera del área. Suministros de medicamentos obtenidos en un suministro mayor a 30 días no se cubrirán. Todas las recetas obtenidas de una farmacia fuera de la red están sujetas a las limitaciones del plan, tanto en la cobertura como en la gestión de la utilización, tales como la autorización previa o notificación del plan, límites de dosis, límites de cantidad o requisitos de la terapia de pasos.

En estos casos, **agradecemos que consulte primero con Servicio de Atención al Cliente** para determinar si existe una farmacia de la red cercana. (Los números telefónicos de Servicio de Atención al Cliente figuran en la contratapa de este cuadernillo). Es posible que deba pagar la

diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que nosotros cubriríamos en una farmacia de la red.

### ¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general deberá pagar el costo completo al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos un reembolso. (La sección 2.1 del capítulo 7 explica de qué manera solicitar el reembolso al plan).

## SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan

### Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una "*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)".* En este cuadernillo *Evidencia de cobertura*, **la llamamos "Lista de medicamentos" en su forma abreviada.**

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos recetados del plan.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la sección 1.1 explica los medicamentos recetados de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid. Para obtener información adicional sobre el Programa de Farmacias de Medicaid del estado de New York, ingrese a https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm. Los residentes de la ciudad de New York pueden ponerse en contacto con la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de New York al 1-888-692-6116 para recibir información actualizada y precisa sobre los beneficios.

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando cumpla con el resto de las reglas de cobertura explicadas en este capítulo y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médica aceptada" es cuando el uso de un medicamento cumple *alguna* de las dos opciones siguientes:

- Está autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos *(Food and Drug Administration)*. (Es decir que la Administración de Alimentos y Fármacos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual se receta).
- -- *O* -- respaldado por ciertas referencias, como el Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano y el sistema de información DRUGDEX Information System.

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que posee los mismos principios activos que el medicamento recetado de marca. Por lo general, es igual de efectivo que el medicamento recetado de marca y normalmente cuesta menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos recetados de marca.

### Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y tienen el mismo efecto. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

### ¿Qué medicamentos *no* están incluidos en la Lista de medicamentos?

NYS Medicaid continúa brindando cobertura para determinados medicamentos excluidos de los beneficios de la Parte D de Medicare, tales como algunas vitaminas recetadas y algunos medicamentos de venta libre. Para obtener información adicional sobre el Programa de Farmacias de Medicaid del estado de New York, ingrese a https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm. Los residentes de la ciudad de New York pueden ponerse en contacto con la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de New York al 1-888-692-6116 para recibir información actualizada y precisa sobre los beneficios.

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que plan alguno de Medicare cubra cierto tipo de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir algún medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

## Sección 3.2 ¿Cómo puede averiguar si hay un medicamento específico en la Lista de medicamentos?

Tiene 3 maneras de averiguarlo:

1. Verifique la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (http://www.integramanagedcare.com/member-resources). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.

3. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos recetados del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números telefónicos de Servicio de Atención al Cliente figuran en la contratapa de este cuadernillo).

## SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de ciertos medicamentos

### Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

En el caso de ciertos medicamentos recetados, existen reglas especiales que restringen de qué forma y cuándo son cubiertos por el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos recetados de la forma más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, para que la cobertura de sus medicamentos sea más asequible.

En general, nuestras reglas lo incentivan a tomar un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de menor costo tenga la misma efectividad médica que un medicamento más caro, las reglas del plan están diseñadas para fomentar que usted y su proveedor se decidan por la opción de menor costo. También debemos cumplir con las reglas y normas de Medicare para la cobertura de y los costos compartidos de los medicamentos.

**Si existe una restricción para el medicamento que toma, por lo general esto significa que usted o su proveedor deberán realizar trámites adicionales para que podamos cubrir dicho medicamento.** Si desea que lo eximamos de la restricción, deberá utilizar el proceso formal de decisión de cobertura y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte la sección 7.2 del capítulo 9 para obtener más información sobre la forma de solicitar excepciones).

Por favor, tenga en cuenta que un medicamento puede aparecer más de una vez en la lista de medicamentos. Esto se debe a que diferentes restricciones o costo compartidos pueden aplicar con base en factores como el impacto, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica en su salud (por ejemplo, 10 mg comparado con 100 mg, una vez al día comparado con dos veces al día, tableta comparada con líquido).

### Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza distintos tipos de restricciones para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos recetados de la forma más efectiva. Las secciones siguientes le informarán sobre los tipos de restricciones que utilizamos para determinados medicamentos.

### Restricción de un medicamento de marca cuando existe una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento "genérico" es igual de efectivo que un medicamento recetado de marca y usualmente su costo es menor. **En la mayoría de los casos, cuando la versión genérica de un medicamento de marca está disponible, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo general, no cubrimos el medicamento de marca cuando existe una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado sobre la razón médica por la cual el medicamento genérico no funcionará para usted o nos ha informado la razón médica por la cual ni el medicamento genérico ni otro medicamento cubierto para la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su costo compartido sea mayor para el medicamento recetado de marca que para el medicamento genérico).

### Cómo obtener aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos ofrecer cobertura por el medicamento. Esto se llama "**autorización previa**." A veces, el requisito de obtener aprobación previa sirve para guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, el plan podría no cubrir su medicamento.

### Trate de usar primero un medicamento diferente

Este requisito fomenta que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero, por lo general, igualmente eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, el plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si un medicamento no funciona para usted, el plan entonces cubrirá el Medicamento B. A este requisito de intentar primero un medicamento diferente se lo llama "**terapia de paso**."

### Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que usted puede obtener al limitar la cantidad que puede obtener de un medicamento recetado cada vez que lo surte. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de cierto medicamento, podemos limitar la cobertura para su receta médica a no más de una pastilla por día.

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

La Lista de medicamentos recetados del plan incluye información sobre las restricciones mencionadas anteriormente. Para saber si estas restricciones se aplican a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más

actualizada, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web (www.integramanagedcare.com).

**Si existe una restricción para el medicamento que toma, por lo general esto significa que usted o su proveedor deberán realizar trámites adicionales para que podamos cubrir dicho medicamento.** Si el medicamento que usted desea tomar tiene una restricción, debe comunicarse con Servicio de Atención al Cliente para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que lo eximamos de la restricción, deberá utilizar el proceso formal de decisión de cobertura y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte la sección 7.2 del capítulo 9 para obtener más información sobre la forma de solicitar excepciones).

## SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en la que a usted le gustaría que lo estuviese?

### Sección 5.1 Hay cosas que usted puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en la que a usted le gustaría que lo estuviese

Esperamos que le sirva su cobertura de medicamentos. Sin embargo, es posible que haya un medicamento recetado que actualmente toma o uno que su proveedor considera que debería tomar, que no figura en nuestro Formulario o que está en esta, pero con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener ninguna cobertura. O puede que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas adicionales o restricciones en la cobertura de ese medicamento. Como se explicó en la sección 4, existen ciertas normas adicionales que establecen restricciones para el uso de algunos medicamentos cubiertos por el plan. Por ejemplo, es posible que se le pida que primero use un medicamento diferente, para determinar si es efectivo, antes de que se cubra el medicamento que usted desea tomar. O pueden existir límites sobre la cantidad del medicamento (cantidad de pastillas, etc.) que se cubre durante un periodo en particular. En algunos casos, puede desear que lo eximamos de la restricción.

Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no es cubierto en la forma en que a usted le gustaría que lo fuera.

- Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o si existen restricciones para el mismo, consulte la sección 5.2 para saber cuáles son los pasos a seguir.

## Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido en algún modo?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estos son algunas de los pasos a seguir:

- Adquirir un suministro temporal del medicamento (solo miembros en ciertas situaciones pueden adquirir un suministro temporal). Esto permitirá que tanto usted como su proveedor tengan tiempo de elegir otro medicamento o de presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Cambiarlo por otro medicamento.
- Puede pedir una excepción y solicitar que el plan cubra el medicamento o elimine las restricciones que existen sobre el medicamento.

### Quizás pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentra en la Lista de medicamentos o cuando posee algún tipo de restricción. Esto le brinda tiempo para consultar a su proveedor sobre el cambio de cobertura y para determinar los pasos a seguir.

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

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

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- -- O -- el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (la sección 4 de este capítulo le informa cuáles son las restricciones).

**2. Usted debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:**

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

  Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si fuera nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario sí estuvo en el plan el año pasado**. Este suministro temporal será para 30 días como máximo. Si su receta médica está hecha por menos días, permitiremos surtir varias unidades para proveerlo por un máximo de 30 días de suministro del medicamento. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Por favor, tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede facilitar el medicamento en cantidades menores por vez para evitar desperdicios).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediatamente:**

  Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si la receta ha sido emitida por menos días. Esto es adicional a la situación de suministro temporal anterior.

- **Para miembros que están siendo ingresados o dados de alta de un centro de LTC:**

  Cubriremos una reposición al momento del ingreso o del alta.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Durante el tiempo en el que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este suministro temporal se agote. Podrá elegir entre cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o solicitar al plan que le haga una excepción y cubra su medicamento actual. Las secciones a continuación le brindan más información sobre estas opciones.

### Puede elegir otro medicamento

En primer lugar, hable con su proveedor. Quizás exista un medicamento diferente cubierto por el plan que sea igual de efectivo para usted. Puede comunicarse con Servicio de Atención al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números telefónicos de Servicio de Atención al Cliente figuran en la contratapa de este cuadernillo).

### Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan realice una excepción y cubra el medicamento recetado de la forma que usted lo desea. Si su proveedor afirma que usted posee motivos médicos que lo justifican, puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede solicitar que el plan cubra un medicamento incluso si no está incluido en la Lista de medicamentos. O puede solicitar que el plan realice una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la sección 7.4 del capítulo 9 se informan cuáles son los pasos que debe seguir. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de forma pronta y justa.

# SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?

## Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen al inicio de cada año (1.° de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o retirar medicamentos recetados de la Lista de medicamentos.** Pueden aparecer nuevos medicamentos, inclusive nuevos medicamentos genéricos. Puede suceder que el gobierno apruebe un nuevo uso de un medicamento existente. En ocasiones, se retira un medicamento y decidimos no cubrirlo. O bien podemos retirar un medicamento recetado de la lista porque se ha descubierto que no es efectivo.
- **Agregar o retirar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de cobertura, consulte la sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**

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

## Sección 6.2 ¿ Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento mientras lo está tomando?

### Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos los tiempos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar a Servicio de Atención al Cliente para obtener más información (los números telefónicos están en la contratapa del presente cuadernillo).

### ¿Los cambios a su cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento recetado de marca o ambas)**

    - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión recién aprobada del mismo medicamento genérico, el cual aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o menor y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones o ambos.
    - Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento recetado de marca.
    - Usted o el profesional que expide la receta médica pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento recetado de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9: *(Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))*.
    - Si toma el medicamento recetado de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento recetado de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**

    - De vez en cuando, un medicamento puede ser retirado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o se lo retira del mercado por otro motivo. En este caso, eliminaremos inmediatamente el medicamento recetado de la Lista de medicamentos. Si está tomando un medicamento, le informaremos lo antes posible si se produce un cambio de este tipo.
    - Quien se lo recete también estará al tanto de este cambio y puede trabajar con usted inmediatamente para encontrar otro medicamento para su afección.

- **Otros cambios en los medicamentos recetados de la Lista de medicamentos**

    - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podríamos realizar cambios basados en las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso con al menos 30 días de anticipación o un aviso sobre la modificación junto con un reabastecimiento para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

- Luego de que reciba el aviso de modificación, usted debe coordinar con el profesional que proporciona la receta médica para cambiarse a un medicamento diferente que cubramos.
- O usted o el profesional que receta médica pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento por usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).*

**Cambios en los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento:** Para los cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si está tomando actualmente el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si establecemos una restricción en su uso del medicamento
- Si retiramos su medicamento recetado de la Lista de medicamentos

Si se produce cualquiera de estos cambios en algún medicamento que está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplace un medicamento recetado de marca u otro cambio que se indique en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como costos compartidos hasta el 1.° de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no observe ningún incremento en sus pagos o ninguna restricción adicional en su uso del medicamento. Este año no recibirá un aviso directo sobre cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, los cambios lo afectarán y Es importante consultar la Lista de medicamentos en el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

## SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

### Sección 7.1 Tipos de medicamentos no cubiertos

Esta sección describe qué tipo de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto significa que Medicare no pagará estos medicamentos.

No pagaremos los medicamentos enumerados en esta sección. La única excepción: Si el medicamento solicitado se halla bajo apelación que no está excluido por la Parte D y nosotros debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado con respecto a la no cobertura de un medicamento, consulte la sección 7.5 del capítulo 9 en el presente cuadernillo). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, usted será quien deba pagarlo.

Hay tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que será cubierto por la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso aceptado para otros propósitos. El "uso aceptado para otros propósitos" es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration*).
    - Por lo general, la cobertura del "uso aceptado para otros propósitos" está permitida solamente cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como el Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano y el sistema de información DRUGDEX Information System. Si el uso no está respaldado por alguno de estos textos de referencia, nuestro plan no puede cubrir su "uso aceptado para otros propósitos".

Además, según la ley, las categorías de medicamentos enumeradas a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, es posible que algunos de estos medicamentos estén cubiertos para usted a través la cobertura de medicamentos de Medicaid. Para obtener información sobre el Programa de Farmacia de Medicaid del estado de New York, consulte https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/pharmacy.htm. Los residentes de la ciudad de New York pueden ponerse en contacto con la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de New York al 1-888-692-6116 para recibir información actualizada y precisa sobre los beneficios.

- Medicamentos sin receta médica (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para tratamientos de fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de síntomas del resfriado o tos
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el incremento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta

## SECCIÓN 8 Mostrar su tarjeta de membresía cuando surte una receta

### Sección 8.1 Mostrar su tarjeta de membresía

Para surtir su receta médica, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red de su elección. Cuando muestra su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente le cobrará al plan su medicamento recetado cubierto.

Cuando tenga una receta médica que está cubierta por Medicaid, y no por nosotros, asegúrese de mostrar en la farmacia su tarjeta de identificación de Medicaid.

### Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de membresía?

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía al surtir su receta médica, deberá solicitar que se llame al plan desde la farmacia para conseguir la información necesaria.

Si la farmacia no puede conseguir la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta médica al retirarla.** (Luego, puede **solicitarnos que le reembolsemos.** Consulte el capítulo 7, sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso al plan).

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

### Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan?

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos los costos de los medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que es dado de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando cumplan todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes previas de esta sección que incluyen información sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos.

## Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted es un residente en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de reposo) posee su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados en la farmacia del centro, siempre y cuando esta forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. En caso contrario, o si necesita más información, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los teléfonos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

### ¿Qué sucede si es residente en un centro de atención de largo plazo y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será por un máximo de 31 días, o menos si su receta médica es por menos días. (Por favor, tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede facilitar el medicamento en cantidades menores por vez para evitar desperdicios). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o el plan tienen alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta está hecha para menos días.

Durante el tiempo en el que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este suministro temporal se agote. Quizás exista un medicamento diferente cubierto por el plan que sea igual de efectivo para usted. O bien usted y su proveedor pueden solicitar que el plan realice una excepción y cubra el medicamento recetado de la manera que usted lo desea. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la sección 7.4 del capítulo 9 se informan cuáles son los pasos que debe seguir.

## Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos por un plan grupal de empleador o de jubilados?

¿Cuenta actualmente con otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, **comuníquese con el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella le pueden ayudar a determinar cómo trabajará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

Por lo general, si actualmente tiene empleo, nuestra cobertura de medicamentos recetados será *secundaria* respecto a la cobertura de su empleador o cobertura grupal de jubilados. Eso quiere decir que su cobertura de grupo pagará primero.

### Nota especial sobre "cobertura acreditable":

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**,” significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que page, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

**Conserve estos avisos sobre la cobertura acreditable**, porque usted podría necesitarlos en un futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de su cobertura acreditable por parte de su patrono o grupo de jubilados, puede solicitar una copia al administrador de beneficios de su patrono o grupo de jubilados o al patrono o al sindicato.

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

Los medicamentos nunca son cubiertos al mismo tiempo por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, laxantes, contra la ansiedad, analgésicos y esos medicamentos no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que expide la receta médica o del proveedor del centro de cuidados paliativos antes de que nuestro plan cubra el medicamento. Para evitar retrasos al recibir medicamentos no relacionados que deberían ser cubiertos por el plan, puede solicitar al proveedor del centro de cuidados paliativos o al profesional que expide la receta médica de asegurarse de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que surta su receta médica.

En caso de que su centro de cuidados paliativos revoque o lo retire del centro de cuidados paliativos, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir algún retraso en la farmacia cuando el beneficio de centro de cuidados paliativos de Medicare culmine, debería traer la documentación a la farmacia para verificar que ha sido retirado del centro de cuidados paliativos. Consulte las partes previas de esta sección que incluyen información sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos según la Parte D. El capítulo 6 *(Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D)* brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

# SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad en los medicamentos y administración de medicamentos

## Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de manera segura

Realizamos revisiones al uso de los medicamentos recetados de nuestros miembros para garantizar que están recibiendo una atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes para miembros que poseen más de un proveedor que les receta médica medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta médica. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos potenciales problemas como los siguientes:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios debido a que está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados para usted debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían ser dañinas si se toman simultáneamente
- Recetas médicas emitidas para medicamentos que poseen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades (dosis) no seguras de analgésicos opiáceos

Si observamos un posible problema en su utilización de los medicamentos, consultaremos con su proveedor para corregir el error.

## Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad sus medicamentos opiáceos

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen con seguridad sus medicamentos opiáceos con receta médica y otros medicamentos que se abusan con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si

decidimos que el uso de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas recetados no es seguro, podemos limitar la manera en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opiáceos o benzodiacepina de una farmacia.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opiáceos o benzodiacepinas de un médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos que cubriremos para usted.

Si creemos que una o más de estas limitaciones se aplican a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta tendrá información que explica las limitaciones que consideramos deberían aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante para que sepamos. Luego de que tenga la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o si está en desacuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de uso indebido del medicamento recetado o con la limitación, usted y el profesional que receta el medicamento tienen derecho a solicitar una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le comunicaremos la decisión. Si se vuelve a rechazar cualquier parte de su solicitud en relación con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre la forma de solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica, o si está recibiendo cuidados paliativos o vive en un centro de atención a largo plazo.

## Sección 10.3 Programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa ayuda a garantizar que nuestros miembros reciban el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de Manejo de Farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o están en un DMP de ayuda a miembros para el uso seguro de opiáceos pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud puede darle una explicación integral de todos sus medicamentos. Puede hablar acerca de

la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y los medicamentos recetados de venta libre. Usted obtendrá un resumen escrito de esa discusión. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda la mejor manera de tomarlos, con espacios para sus notas y para escribir cualquier pregunta. También obtendrá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma. Además, los miembros que estén en el programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.Recomendamos que realice la revisión de sus medicamentos antes de la visita anual de "Bienestar" para que pueda hablar con su médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve con usted su plan de acción y la lista de medicamentos cuando vaya a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, tenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información al respecto. Si usted decide no participar, debe notificárnoslo para que lo retiremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

## SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

### Sección 11.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D")

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus recetas médicas o las reposiciones en la farmacia. De este modo, podemos informarle si ha pasado de una etapa de pago por medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos a los que les hacemos seguimiento:

- Llevamos registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina su **"costo de bolsillo".**
- Llevamos un registro de su "**costo total de medicamentos".** Este es el monto que paga como costos de bolsillo o que otros pagan por usted, más el monto pagado por el plan.

Nuestro plan preparará un resumen por escrito llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D") cuando usted haya surtido una o más recetas médicas a través del plan durante el mes anterior. La Explicación de beneficios de la Parte D brinda más información acerca de los medicamentos que toma, como los aumentos de precios y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con el profesional que le receta los medicamentos acerca de estas opciones con precios más bajos. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes**. Este informe incluye los detalles de pago de las recetas médicas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que el plan ha pagado y lo que otros han pagado por usted.
- **Los totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información "acumulada del año". Allí se muestran los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos recetados desde que comenzó el año.
- **Información del precio del medicamento.** Esta información indicará el precio total del medicamento y todos los cambios de porcentaje desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de recetas de menor costo disponibles.** Aquí se incluirá información sobre otros medicamentos de menor costo compartido para cada reclamación de receta que puedan estar disponibles.

## Sección 11.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realizó por ellos, utilizamos los registros que nos facilitan las farmacias. A continuación, le mostramos de qué forma puede ayudarnos a que su información esté actualizada y sea correcta:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surte una receta.** Para asegurarse de que nosotros sepamos qué recetas médicas está surtiendo y el monto que paga, muestre su tarjeta de membresía cada vez que surte una receta médica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que usted paga por algunos medicamentos recetados, y no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de bolsillo personal. Para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de bolsillo, usted puede facilitarnos copias de los recibos de los medicamentos que ha adquirido. (Si se le cobra por un medicamento cubierto, puede solicitar que nuestro plan pague por el medicamento. Para obtener las instrucciones de cómo hacerlo, consulte la sección 2 del capítulo 7 del presente cuadernillo). A continuación, algunos tipos de situaciones en las que es aconsejable que nos facilite copias de los recibos de los medicamentos para asegurarse de que contamos con un registro completo de lo que ha gastado en sus ellos:
    - Cuando adquiere un medicamento cubierto en una farmacia de la red a precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
    - Cuando realiza un copago por medicamentos que se suministran como parte de un programa de asistencia del fabricante del medicamento al paciente.
    - En cualquier momento que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando haya pagado el precio completo por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

- **Envíenos la información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por algunos individuos y organizaciones también se toman en cuenta en el cálculo de sus costos de bolsillo y ayudan a que usted pueda calificar para recibir la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia de Farmacia, un programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las sociedades de beneficencia se computan en los costos de bolsillo. Usted debe llevar un registro de estos pagos y enviárnoslo para que nosotros hagamos lo propio con sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios* (EOB de la Parte D) por correo, léala con cuidado para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si piensa que falta información en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están en la contratapa del presente cuadernillo). Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

# CAPÍTULO 6.

## *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*

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

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

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica para y de hecho recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de sus medicamentos recetados. Como se encuentra en el programa "Ayuda Adicional", **alguna información en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de** medicamentos **recetados de la Parte D no corresponde para usted.** Le enviamos un cuadernillo llamado "Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos recetados" (también conocido como "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o la "Cláusula LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este cuadernillo, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números telefónicos de Servicio de Atención al Cliente figuran en la contratapa de este cuadernillo).

# CAPÍTULO 7.

## *Solicitarnos el pago de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*

# Capítulo 7. Solicitarnos el pago de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos ..... 156**

Sección 1.1 Si paga por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un pago ..... 156

**SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido ..... 158**

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago ..... 158

**SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos ..... 159**

Sección 3.1 Verificaremos para determinar si debemos cubrir el servicio o medicamento y el monto que adeudamos ..... 159

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación ..... 160

**SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias ..... 160**

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de bolsillo personal por los medicamentos ..... 160

# SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos

## Sección 1.1 Si paga por sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un pago

Los proveedores de nuestra red le facturan al plan directamente por los servicios y medicamentos cubiertos; usted no debería recibir una factura por servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, debe enviárnosla para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos para decidir si deben cubrirse los servicios. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

**Si ya ha pagado los servicios o los artículos de Medicare o Medicaid cubiertos por el plan**, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (esto también se llama "reembolso"). Es su derecho que nuestro plan le devuelva su dinero siempre que haya pagado por servicios o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, la analizaremos para decidir si deben cubrirse los servicios o medicamentos. Si decidimos que deben cubrirse, le reembolsaremos el monto de los servicios o medicamentos.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de situaciones en las cuales quizás necesite solicitarle a nuestro plan que le reembolse una factura que ha recibido.

### 1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o necesaria con urgencia de un proveedor que no se encuentra en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, forme parte de nuestra red o no. Cuando reciba atención de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, debe solicitarle al proveedor que le facture al plan.

- Si paga todo el monto usted al momento de recibir la atención, debe pedirnos la devolución. Envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos realizados.
- En ocasiones, puede recibir una factura del proveedor donde se le solicita un pago que usted considera no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de todos los pagos ya realizados.
  - Si se le debe algo al proveedor, se lo pagaremos directamente.
  - Si ya ha pagado el servicio, se lo devolveremos.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente al plan. Pero a veces cometen errores y le solicitan que pague por sus servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto a la documentación de todos los pagos realizados. Debe solicitarnos que paguemos por sus servicios cubiertos.

### 3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan.

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto quiere decir que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si usted fue inscrito en forma retroactiva en nuestro plan y pagó costos de desembolso personal por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos. Deberá enviarnos documentación para que nos encarguemos del reembolso. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente para obtener información adicional sobre cómo solicitarnos el reembolso y los plazos para realizar la solicitud. (Los números telefónicos de Servicio de Atención al Cliente figuran en la contratapa de este cuadernillo).

### 4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta médica

Si acude a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para surtir una receta médica, seguramente la farmacia no podrá enviarnos la reclamación directamente. En ese caso, deberá pagar el costo total de su receta médica. (Cubriremos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red solo en algunas situaciones especiales. Para obtener más información, consulte la sección 2.5 del capítulo 5). Guarde su recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso.

### 5. Cuando paga el costo total de una receta médica debido a que no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener inmediatamente la información de inscripción, es posible que deba pagar el costo total de la receta médica. Guarde su recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso.

### 6. Cuando paga el costo total de una receta médica en otras situaciones

Es posible que pague el costo total de una receta médica debido a que descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, o puede tener un requisito o una restricción que usted desconocía o que a su criterio no se aplica en su caso. Si decide obtener inmediatamente el medicamento, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para poder reembolsarle el medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, analizaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe cubrirse o no. A esto se lo conoce como "decisión de cobertura". Si decidimos que debe cubrirse, le reembolsaremos el monto del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 del presente cuadernillo (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene información sobre cómo hacer una apelación.

## SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido

### Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago

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

Usted debe presentarnos su solicitud de pago dentro de un plazo de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- No es obligatorio que use el formulario, pero nos ayudará a procesar más rápido la información.
- Puede descargar una copia del formulario de nuestro sitio web (www.integramanagedcare.com.)) o llamar al Servicio de Atención al Cliente y solicitarlo. (Los números telefónicos de Servicio de Atención al Cliente figuran en la contratapa de este cuadernillo).

Envíenos su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos por correo a la siguiente dirección:

**Para medicamentos recetados:**
Elixir
Attn: Direct Member Reimbursement
8935 Darrow Rd
P.O. Box 1208
Twinsburg, OH 44087

**Para servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios:**
Integra Managed Care
Attn: Customer Services
PO Box 18023
Hauppauge, NY 11788

**Usted debe presentarnos su reclamación dentro de un plazo de 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Si no sabe lo que debería haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

## SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

### Sección 3.1 Verificaremos para determinar si debemos cubrir el servicio o medicamento y el monto que adeudamos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos que nos brinde más información. En caso contrario, analizaremos su solicitud para tomar una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted ha seguido las reglas para obtenerlos, pagaremos el servicio. Si usted ya ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para que se cubran sus servicios médicos. El capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos recetados de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos por el servicio o medicamento. En su lugar, le

enviaremos una carta donde se explicarán los motivos por los cuales no le enviamos el pago solicitado y sus derechos de apelar esa decisión.

### Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no acepta el monto que hemos pagado, puede apelar. Al apelar, estará solicitándonos que modifiquemos la decisión tomada al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre la forma de presentar esta apelación, consulte el capítulo 9 del presente cuadernillo (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca ha presentado una apelación, quizás le sea de utilidad leer primero la sección 5 del capítulo 9. La sección 5 es una introducción que explica el proceso de las decisiones de cobertura y las apelaciones, e incluye definiciones de términos tales como "apelación". Luego de leer la sección 5, puede consultar la sección en el capítulo 9 que le indica los pasos a seguir para su situación:

- Si desea apelar para obtener un reembolso por un servicio médico, consulte la sección 6.3 del capítulo 9.
- Si desea apelar para obtener un reembolso por un medicamento, consulte la sección 7.5 del capítulo 9.

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

### Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de bolsillo personal por los medicamentos

Existen algunas situaciones en las cuales debe informarnos los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no estará solicitándonos un pago. En su lugar, nos informará qué pagos ha realizado para que podamos calcular correctamente sus costos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a calificar de forma más rápida para la Etapa de cobertura catastrófica.

A continuación, presentamos un ejemplo de una situación en la cual debe enviarnos copias de sus recibos para informarnos sobre pagos que ha realizado por medicamentos:

### Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por el fabricante del medicamento

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por el fabricante de un medicamento que se encuentra fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de este tipo de programa, es posible que deba abonarle un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos tener actualizados sus costos de bolsillo para el cálculo de su calificación para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Debido a que obtiene el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios de plan, no pagaremos por los costos de estos medicamentos. Pero al enviarnos una copia del recibo, nos permite calcular correctamente sus costos de bolsillo y quizás ayudarle a calificar de forma más rápida para la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Debido a que en el caso descrito anteriormente usted no solicite un pago, esta situación no se considera una decisión de cobertura. En consecuencia, no podrá presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

# CAPÍTULO 8.

## *Sus derechos y responsabilidades*

# Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

**SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos como miembro del plan ..... 164**

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una forma que sea conveniente para usted (en idiomas distintos al español, en Braille, letra grande, audio u otros formatos alternativos) ..... 164

Sección 1.2 Debemos garantizarle que tendrá acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos ..... 165

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal ..... 165

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y los servicios cubiertos ..... 166

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica . 168

Sección 1.6 Tiene derecho a realizar quejas y a solicitarnos que volvamos a considerar las decisiones que hayamos tomado ..... 171

Sección 1.7 Sus derechos bajo Medicaid ..... 171

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si considera que lo hemos tratado de forma injusta o no hemos respetado sus derechos? ..... 172

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos ..... 172

**SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan ..... 173**

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? ..... 173

# SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos como miembro del plan

## Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una forma que sea conveniente para usted (en idiomas distintos al español, en Braille, letra grande, audio u otros formatos alternativos)

Para obtener información sobre nosotros de una manera que le resulte conveniente a usted, por favor comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de intérprete disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés e incapacitados. Este documento está disponible en español de forma gratuita. También podremos brindarle la información en braille, audio o en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno si usted lo necesita. Debemos ofrecerle información sobre los beneficios del plan, que sea accesible y apropiada para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que le resulte conveniente a usted, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o contacte a la Oficina de Derechos Civiles al 1-212-416-8250.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) comunicándose con 1-877-388-5195. (TTY: 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en la Evidencia de cobertura o en este correo, o usted puede ponerse en contacto con 1-877-388-5195 para obtener información adicional.

Para obtener nuestra información de una manera que funcione para usted, llame a Servicios de Atención al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Nuestro plan tiene personal y servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno, si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener nuestra información de una manera que funcione para usted, llame a Servicios de Atención al Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles al 1-212-416-8250.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja al Gerente de Apelaciones y Quejas de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) al 1-877-388-5195 (TTY: 711). También puede presentar una queja ante Medicare al llamar al 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o en este correo, o puede comunicarse con nuestro departamento de Servicios de Atención al Miembro al 1-877-388-5195 para obtener información adicional.

## Sección 1.2 Debemos garantizarle que tendrá acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) dentro de la red del plan para coordinar y prestarle sus servicios cubiertos (el capítulo 3 explica más sobre este tema). Llame a Servicio de Atención al Cliente para verificar qué médicos aceptan a nuevos pacientes (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin remisión.

Como miembro del plan, usted tiene derecho a recibir citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesita ese tipo de atención. También tiene derecho a surtir o reponer sus medicamentos en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras largas.

Si considera que no está recibiendo su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D en un periodo de tiempo razonable, la sección 11 del capítulo 9 del presente cuadernillo le informa qué pasos puede seguir. (Si hemos rechazado la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted no acepta nuestra decisión, la sección 5 del capítulo 9 le informa qué pasos puede seguir).

## Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico y la información de salud personal. Protegemos su información de salud personal tal como lo establecen estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos entregó al inscribirse en este plan, así como su historial médico y otra información de salud y médica.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de la forma en que se usa su información médica. Le brindamos un aviso por escrito, llamado “Aviso de Prácticas de Privacidad”, que le informa sobre estos derechos y le explica de qué manera protegemos la privacidad de su información de salud.

### ¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar su historial médico.
- En la mayoría de las situaciones, si entregamos su información de salud a personas que no le brindan atención médica ni pagan por ella, *nuestra obligación es solicitar su autorización por escrito antes de hacerlo.* La autorización por escrito la puede otorgar usted u otra persona con poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Existen ciertas excepciones en las que no se requiere que obtengamos primero su autorización por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.
    - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención médica.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga la información con fines de investigación o para otros usos, esto se llevará a cabo de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

### Puede ver la información de sus registros y saber si otras personas han accedido a ella

Tiene derecho a ver su historial médico archivado por el plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historial médico. Si nos lo solicita, trabajaremos junto a su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse estos cambios.

Tiene derecho a saber si otras personas han tenido acceso a su información de salud por otros motivos que no sean de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de la privacidad de su información de salud personal, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

## Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y los servicios cubiertos

Como miembro de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte. (Como se explica en la sección 1.1 anterior, usted tiene derecho a obtener información de nosotros de manera que la pueda comprender. Esto incluye obtener información en idiomas que no sean en inglés y en braille, en letra grande o en otro formato).

Si desea que le brindemos alguno de los siguientes tipos de información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente
(los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y las Calificaciones por Estrellas del plan, incluidas las calificaciones de los miembros del plan y su posición respecto a otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
    - Por ejemplo, tiene derecho a que le brindemos información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red, y sobre la forma en que les pagamos a los proveedores de nuestra red.
    - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores y farmacias de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).
    - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores y farmacias de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) 2021.
    - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web en https://www.integramanagedcare.com/provider-search.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al usarla.**
    - En los capítulos 3 y 4 del presente cuadernillo, le explicamos qué servicios médicos abarca su cobertura, todas las restricciones que se aplican a ella y qué reglas debe seguir para recibir servicios médicos cubiertos.
    - Para obtener detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los capítulos 5 y 6 de este cuadernillo, y también la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Estos capítulos, junto a la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le informarán qué medicamentos están cubiertos y le explicarán las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para ciertos medicamentos.
    - Si tiene alguna pregunta sobre las reglas o restricciones, por favor llame a Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

- **Información sobre el motivo por el cual algo no posee cobertura y qué puede hacer al respecto.**
    - Si un servicio médico o medicamento recetado de la Parte D no está cubierto en su caso, o si su cobertura posee algún tipo de restricción, puede solicitarnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación incluso si ha recibido el servicio médico o el medicamento recetado de un proveedor o farmacia fuera de la red.
    - Si no está conforme o no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre la atención médica o medicamento recetado de la Parte D que esté cubierto en su caso, tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión mediante una apelación. Para obtener detalles sobre los pasos a seguir si algo no está cubierto en la forma que a su criterio debería estarlo, consulte el capítulo 9 del presente cuadernillo. Allí se brindan los detalles sobre la forma en que puede apelar si desea que modifiquemos nuestra decisión. (El capítulo 9 también le informa cómo puede presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y otras inquietudes).
    - Si desea solicitar que nuestro plan pague su parte de una factura que ha recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el capítulo 7 del presente cuadernillo.

## Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

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

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando acuda por atención médica. Sus proveedores deben explicarle cuál es su afección médica y sus opciones de tratamiento *en una forma en que usted la pueda comprender.*

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones junto a sus médicos en determinar cuál es el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, más allá de su costo o del hecho de que estén cubiertas por nuestro plan. Esto también incluye recibir información sobre programas que nuestro plan ofrezca para ayudar a que los miembros administren sus medicamentos y los usen en forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a recibir información sobre todos los riesgos involucrados en su atención médica. Si cualquier tipo de atención o tratamiento médico forma parte de un experimento de investigación, debe recibir esta información por adelantado. Siempre tiene la opción de negarse a cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Por supuesto, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar su medicamento, aceptará toda la responsabilidad por lo que le suceda a su organismo como resultado de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de su atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nosotros si un proveedor se ha negado a proporcionarle atención que usted considera debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. El capítulo 9 del presente cuadernillo le informa cuáles son los pasos a seguir para solicitar una decisión de cobertura al plan.

### Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse en caso de que no pueda tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones médicas por sí mismas a causa de accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decidir qué desea que suceda si llegara a encontrarse en una situación de ese tipo. Esto significa que, *si lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo usted quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si usted está incapacitado para tomar esas decisiones.

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones anticipadas en estas situaciones se llaman **"instrucciones anticipadas".** Existen distintos tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres que las designan. Los documentos denominados "**testamentos vitales**" y "**poder legal para atención médica**" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para definir sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar una instrucción anticipada, debe obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas en organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio de Atención al Cliente para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- **Complete el formulario y fírmelo.** Independientemente del lugar de donde haya obtenido este formulario, recuerde que es un documento legal. Deberá considerar pedir a un abogado que lo ayude a prepararlo.

- **Entregue copias a las personas indicadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario como la que tomará decisiones si usted no puede. Quizás también desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de tener una copia en su casa.

Si sabe con antelación el momento en que será hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si es hospitalizado, se le preguntará si ha firmado una instrucción anticipada y si la trae consigo.
- Si no la ha firmado, el hospital posee formularios disponibles y se le preguntará si desea hacerlo.

**Recuerde que es su decisión completar una instrucción anticipada o no** (incluido el hecho de firmar una cuando se encuentre en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

### ¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una instrucción anticipada y considera que un médico o el hospital no han seguido las instrucciones indicadas en ella, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New York:

Línea de Quejas sobre Hospitales del Departamento de Salud del estado de New York:
1-800-804-5447

Línea de Quejas sobre Médicos de la Oficina de Conducta de Profesionales Médicos:
1-800-663-6114

The New York State Department of Health
Bureau of Managed Care Certification and Surveillance
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPCO 1CP-1609
Albany, New York 12237-0062
1-800-206-8125
Correo electrónico: managedcarecomplaint@health.ny.gov

## Sección 1.6 Tiene derecho a realizar quejas y a solicitarnos que volvamos a considerar las decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud acerca de la atención o los servicios cubiertos, el capítulo 9 del presente cuadernillo le indica los pasos a seguir. Le ofrece los detalles sobre cómo lidiar con todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para resolver un problema o inquietud depende de cada situación. Es posible que tenga que solicitarle al plan que tome una decisión de cobertura para su caso, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **nosotros tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a recibir un resumen de la información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, por favor llame a Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

## Sección 1.7 Sus derechos bajo Medicaid

Como miembro de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), usted tiene los siguientes derechos. Tiene derecho a ejercer estos derechos sin temor a represalias:

- Recibir atención médicamente necesaria.
- Tiene derecho a acceder de manera oportuna a atención y servicios.
- Tiene derecho a privacidad acerca de su historial médico y de cuándo recibe tratamiento.
- Obtener información sobre opciones de tratamiento y alternativas disponibles presentadas de una manera y en un idioma que le resulte comprensible.
- Obtener información en un idioma que comprenda, y puede obtener servicios de traducción verbal sin costo alguno.
- Obtener la información necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio del tratamiento.
- Tiene derecho a que lo traten con respeto y dignidad.
- Tiene derecho a obtener una copia de su historial médico y solicitar que estos se enmienden o se corrijan.
- Tiene derecho a participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Tiene derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir atención sin distinción de sexo, raza, estado de salud, color, edad, origen nacional, orientación sexual, estado civil ni religión.
- Que le digan dónde, cuándo y cómo obtener los servicios que necesita de su Managed Long Term Care Plan, lo que incluye cómo puede obtener beneficios cubiertos de proveedores fuera de la red si no están disponibles en la red del plan.

- Quejarse ante el Departamento de Salud del estado de New York o su Departamento Local de Servicios Sociales, así como el derecho a utilizar el Sistema de Audiencia Imparcial del estado de New York o una Apelación Externa del estado de New York cuando corresponda.
- Designar a alguien para que hable por usted sobre su atención y tratamiento.
- Solicitar asistencia del programa de Defensa del Participante.

## Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si considera que lo hemos tratado de forma injusta o no hemos respetado sus derechos?

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

Si considera que ha sido tratado de manera injusta o no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o nacionalidad de origen, 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 llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

### ¿Si se trata de otra cosa?

Si considera que ha sido tratado de manera injusta o no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para solucionar el problema:

- Puede **comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente** (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la sección 3 del capítulo 2.
- O **puede llamar a Medicare** a 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.

## Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente** (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.** Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la sección 3 del capítulo 2.

- Usted puede comunicarse con **Medicare**.
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Sus derechos y protecciones en virtud de Medicare". (La publicación está disponible en el siguiente enlace: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
    - O puede llamar 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.

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

### Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se mencionan pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos**. Utilice el presente cuadernillo de Evidencia de cobertura para obtener información sobre lo que abarca la cobertura en su caso y las reglas que debe seguir para acceder a sus servicios cubiertos.
    - En los capítulos 3 y 4 puede encontrar detalles sobre sus servicios médicos, incluidos qué servicios están cubiertos, qué servicios no están cubiertos, las normas que debe seguir y lo que usted debe pagar.
    - En los capítulos 5 y 6, puede encontrar detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o medicamentos recetados además de nuestro plan, es su obligación comunicárnoslo.** Para hacerlo, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
    - Estamos obligados a seguir reglas establecidas por Medicare y Medicaid para garantizar que usted está usando toda su cobertura en combinación al recibir los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina "**coordinación de beneficios"**, ya que involucra la coordinación de beneficios de salud y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con el resto de los beneficios de salud y de medicamentos disponibles para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la sección 7 del capítulo 1).
- **Comuníqueles a su médico y a otros proveedores de atención de salud que es miembro de nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.

- **Para que sus médicos y los otros proveedores puedan ayudarlo, bríndeles información, hágales preguntas y lleve un registro de su atención médica.**
    - Para que sus médicos y demás proveedores le brinden la mejor atención médica, obtenga la mayor cantidad de información posible sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre su persona y su estado de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico han acordado.
    - Asegúrese de que sus médicos estén actualizados respecto a los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos recetados de venta libre, vitaminas y suplementos.
    - Si usted tiene preguntas, no dude en preguntar. Se supone que sus médicos y el resto de sus proveedores de salud deben explicarle las cosas de tal manera que usted pueda comprenderlas. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le brindan, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio médico, en hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, es responsable de realizar estos pagos:
    - Si desea ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si usted no califica automáticamente para ella) y la prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
    - Si recibe algún servicio médico o medicamentos no cubiertos por nuestro plan ni por otro seguro que pueda tener, deberá pagar el costo total.
        - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el capítulo 9 del presente cuadernillo para obtener información sobre la forma de presentar una apelación.
    - Si debe pagar un monto adicional por la Parte D por tener un ingreso alto (como indica su última declaración de impuestos) debe pagar un monto adicional directamente al gobierno para continuar siendo miembro del plan.
- **Si se muda, deberá comunicárnoslo.** Si va a mudarse, es importante que nos lo informe de inmediato. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
    - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro del plan.** (El capítulo 1 le indica nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, tendrá un período de inscripción especial en el que puede unirse a cualquier plan de Medicare en su nuevo lugar de

residencia. Podemos hacerle saber si tenemos un plan en su nueva área de residencia.

- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, de todos modos deberá comunicárnoslo** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y sepamos cómo comunicarnos con usted.
- También es importante que llame al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios) si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números telefónicos e información de contacto para estas organizaciones en el capítulo 2.

- **Llame a Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda si tiene alguna pregunta o inquietud.** También esperamos que nos comunique cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
  - Los números telefónicos y el horario de atención del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo.
  - Para obtener más información sobre la forma de comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el capítulo 2.

**Responsabilidades de Medicaid**

- Recibir los servicios cubiertos a través de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).
- Asistir a los proveedores de la red de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) para recibir los servicios cubiertos siempre que los proveedores de la red estén disponibles.
- Obtener autorización previa para los servicios cubiertos, excepto para los servicios cubiertos preaprobados o en emergencias. Ser atendido por su médico si presenta un cambio en su estado de salud.
- Compartir información completa y precisa con sus proveedores de atención médica.
- Informar al personal de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) cualquier cambio en su salud e indicar si no entiende o no puede seguir las instrucciones.
- Seguir el plan de atención recomendado por el personal de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) (con su aporte).
- Cooperar y ser respetuoso con el personal de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) y no discriminar al personal de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, edad, capacidad mental o física, orientación sexual o estado civil.
- Notificar a Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) en el plazo de dos días hábiles de haber recibido los servicios no cubiertos o no preaprobados.

- Notificar al equipo de atención médica de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) con anticipación cuando no estará en el hogar para recibir los servicios o la atención que se había coordinado.
- Informar a Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) antes de mudarse permanentemente del área de servicio o estar ausente por un tiempo prolongado del área de servicio.
- Sus decisiones en caso de rechazar el tratamiento o no seguir las indicaciones de la persona a cargo de su cuidado.
- Cumplir sus obligaciones financieras.

# CAPÍTULO 9.

## *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*

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

**SECCIÓN 1 Introducción ..... 181**
Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud ..... 181
Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales? ..... 181

**SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen relación con nosotros ..... 182**
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada ..... 182

**SECCIÓN 3 Cómo comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan ..... 183**

**SECCIÓN 4 Problemas con sus beneficios. ..... 183**
Sección 4.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea hacer una queja? ..... 183

**SECCIÓN 5 Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones ..... 184**
Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: consideraciones generales ..... 184
Sección 5.2 Cómo obtener ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ..... 185
Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo le brinda los detalles para su situación? ..... 186

**Sección 6 Calidad de su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación ..... 187**
Sección 6.1 Esta sección le indica los pasos a seguir si tiene problemas para obtener cobertura para su atención médica o si desea que le reembolsaremos su atención ..... 187
Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea) ..... 190
Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan) ..... 193
Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una Apelación de Nivel 2 ..... 197
Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos solicita reembolsarle nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica? ..... 200

**Sección 7 Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación . 201**

Sección 7.1 Esta sección indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reintegremos el costo de un medicamento de la Parte D ..... 201
Sección 7.2 ¿Qué es una excepción? ..... 203
Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber para solicitar excepciones ..... 205
Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción ..... 205
Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) ..... 209
Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 ..... 212

**SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura para una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, cree que el médico le otorga el alta demasiado pronto ..... 214**

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare donde se le informarán sus derechos ..... 215
Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital ..... 216
Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital ..... 219
Sección 8.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para realizar su apelación de Nivel 1? ..... 221

**SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto ..... 224**

Sección 9.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Atención médica domiciliaria, atención en centros especializados de enfermería y servicios de un centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF) ..... 224
Sección 9.2 Le informaremos con antelación el momento en que finalizará su cobertura ..... 225
Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo ..... 226
Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo ..... 228
Sección 9.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para realizar su apelación de Nivel 1? ..... 230

**SECCIÓN 10 Cómo presentar apelaciones de Nivel 3 y superiores ..... 233**

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3 y 4 para apelaciones de servicios médicos ..... 233
Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5, para apelaciones de medicamentos de la Parte D ..... 233

**SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes .... 235**

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de quejas? ..... 235
Sección 11.2 El nombre formal para “realizar una queja” es “presentar un reclamo” ..... 238
Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar quejas ..... 238
Sección 11.4 También puede realizar quejas sobre la calidad de la atención en la Organización de Mejoramiento de la Calidad ..... 239
Sección 11.5 También puede contarle a Medicare sobre su queja ..... 240

# ANTECEDENTES

## SECCIÓN 1 Introducción

### Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que emplea para gestionar sus problemas dependerá del tipo de problema que tiene:

- Para algunos tipos de problemas, debe usar **el proceso de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones.**
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para realizar una queja.**

Estos procesos han sido aprobados por Medicare y Medicaid. Para garantizar el manejo justo y pronto de sus problemas, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos respetar.

¿Cuál debe usar? La guía incluida en la sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado para usted.

### Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos técnicos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las reglas y procedimientos legales con palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente se refiere a "hacer una queja" en lugar de "presentar un reclamo", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización integrada" o "determinación de cobertura" o "determinación en riesgo". También usa abreviaciones lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en ocasiones bastante importante) que usted sepa los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos debe usar le ayudará a comunicarse de forma más clara y precisa al tratar su problema, así como para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe usar, incluimos los términos legales al brindarle los detalles para resolver tipos de situaciones específicas.

# SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen relación con nosotros

## Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

En ocasiones, puede ser confuso iniciar o llevar adelante el proceso para tratar un problema. Este puede ser el caso especialmente si usted no se siente bien o sus energías son limitadas. En otras oportunidades, es posible que usted no cuente con el conocimiento que necesita para dar el próximo paso.

### Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones, es posible que desee obtener ayuda o asesoramiento de personas no relacionadas con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP).** Este programa gubernamental ha capacitado a asesores en todos los Estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué procesos debe usar para tratar su problema. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle asesoramiento sobre los pasos a seguir.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en la sección 3 del capítulo 2 del presente cuadernillo.

### Medicare también puede brindarle ayuda e información

Para obtener más información y ayuda para resolver un problema, también puede comunicarse con Medicare. Estas son dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar 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.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov).

### Medicaid puede brindarle ayuda e información

Por preguntas o para obtener ayuda, comuníquese con la Línea de Ayuda de Medicaid del Estado de New York al 1–800–541–2831, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados, de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. Para TTY, llame al 1-800-662-1220.

## SECCIÓN 3 Cómo comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y obtiene asistencia de Medicaid. La información en este capítulo aplica a todos sus beneficios de Medicare y Medicaid. Para la mayor parte de sus beneficios, utilizará un proceso para sus beneficios de Medicare y para los de Medicaid. Esto suele denominarse "proceso integrado" porque integra los procesos de Medicare y Medicaid.

## SECCIÓN 4 Problemas con sus beneficios.

### Sección 4.1 ¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea hacer una queja?

Si tiene un problema o una inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. El cuadro a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

Para determinar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre los beneficios de **Medicare o Medicaid**, use el siguiente cuadro:

**¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o con su cobertura?**

(Esto incluye problemas para determinar si determinados procedimientos de atención médica o medicamentos recetados están o no cubiertos, la modalidad de dicha cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

**Sí.** Mi problema está relacionado con beneficios o cobertura.

Diríjase a la siguiente sección del presente capítulo, sección **5, "Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

**No.** Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Pase a la sección **11** de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes".**

# SECCIÓN 5 Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

## Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: consideraciones generales

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, incluidos los problemas de pago. Este es el proceso que debe usar para problemas tales como determinar si algo está cubierto o no y la manera en que se cubre.

### Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura siempre que decidimos lo que abarca su cobertura y cuánto debemos pagar. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que le brinda atención médica o si lo deriva a un especialista. Usted o su médico pueden comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no sabe con certeza si cubriremos un servicio médico particular o si se niega a brindarle atención médica que usted considera es necesaria. En otras palabras, si usted necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de decisión de cobertura, lo cual significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de rechazo de una solicitud incluyen los siguientes: si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire la solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso con los motivos del rechazo y los pasos para solicitar la revisión del rechazo.

En algunos casos, podremos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o si Medicare o Medicaid ya no lo cubren en su caso. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

### Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura que a usted no le satisface, puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de solicitarnos una revisión y un cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, nosotros analizamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación será gestionada por otros revisores, que no serán los que tomaron la decisión desfavorable original. Luego de completar la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que explicaremos más adelante, usted puede

solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de decisión de cobertura, lo cual significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de rechazo de una solicitud incluyen los siguientes: si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire la solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso con los motivos del rechazo y los pasos para solicitar la revisión del rechazo.

Si rechazamos de forma total o parcial su Apelación de Nivel 1, puede pasar a una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 está a cargo de una organización independiente que no posee relación con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. Le avisaremos si este fuera el caso. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión en la Apelación de Nivel 2, existe la posibilidad de continuar con varios niveles más de apelación.

## Sección 5.2 Cómo obtener ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Desea obtener ayuda? A continuación, le presentamos recursos que quizás desee usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **comunicarse con nosotros en el Servicio de Atención al Cliente** (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- **Para obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no tenga relación con nuestro plan, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud por usted.**
    - En el caso de atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 por usted. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, pasará automáticamente al Nivel 2.
        - Si su médico u otro profesional que expide recetas médicas solicita que un servicio o artículo que ya recibe siga siendo proporcionado durante su apelación, es posible que tenga que designar a su médico u otro profesional que expide recetas médicas como su representante.
        - Para solicitar cualquier apelación superior al Nivel 2, su médico u otro proveedor deben ser designados como su representante.
    - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que expide la receta médica puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su representación. Para solicitar cualquier apelación superior al Nivel 2, su médico u otro profesional que expide la receta médica deben ser designados como su representante.

- **Puede solicitarle a alguien que actúe en su representación.** Si lo desea, puede nombrar a una persona que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o realizar una apelación.
    - Es posible que existan personas que ya posean la autorización legal para actuar como su representante según la ley estatal.
    - Si usted desea nombrar a un amigo, familiar, a su médico o a otro proveedor de atención médica como su representante, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en contraportada de este cuadernillo) y solicite el formulario "Designación 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 en www.integramanagedcare.com). El formulario le concede permiso a esa persona para que lo represente. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea designar como su representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar un abogado para que actúe como su representante.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de uno en el Colegio de Abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos indicados. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

## Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo le brinda los detalles para su situación?

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, le detallamos cada una en una sección separada:

- Consulte la **sección 6** de este capítulo. "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- Consulte la sección **7** de este capítulo. "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- Consulte la **sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto"
- Consulte la **sección 9** de este capítulo. "Cómo solicitarnos que continuemos la cobertura de ciertos servicios médicos si a su criterio su cobertura finaliza demasiado pronto" (*solo se aplica a los siguientes servicios*: atención médica domiciliaria, atención en un centro especializado de enfermería y servicios de un centro ambulatorio de rehabilitación integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)).

Si aún no está seguro de qué parte debe consultar, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, tal como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (la sección 3 del capítulo 2 del presente cuadernillo incluye los números telefónicos de este programa).

## Sección 6 Calidad de su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

**¿Leyó la sección 5 de este capítulo (*Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, debería leerla antes de comenzar con esta parte.**

### Sección 6.1 Esta sección le indica los pasos a seguir si tiene problemas para obtener cobertura para su atención médica o si desea que le reembolsaremos su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 del presente cuadernillo: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)*. En términos simples, por lo general nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "atención médica, o tratamientos o servicios" en cada oportunidad. El término "atención médica" incluye aquellos artículos médicos y servicios, así como los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, diferentes reglas aplican para solicitar un medicamento recetados de la Parte B. Para estos casos, le explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos médicos y servicios.

Esta sección le indica qué hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe un tipo de atención médica determinada que desea y considera está cubierta por el plan.

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea que usted reciba y considera que esa atención está cubierta por el plan.

3. Ha recibido atención médica que considera está cubierta por el plan, pero nos hemos negado a pagarla.

4. Ha recibido y pagado por atención médica que considera que está cubierta por el plan y desea solicitarle a nuestro plan un reembolso por ella.

5. Se le comunica que la cobertura de algún tipo de atención médica que ha estado recibiendo (y que nosotros hemos aprobado en el pasado) se reducirá o se interrumpirá, y

considera que reducir o detener esta atención podría traer consecuencias adversas para su salud.

- NOTA: **Si la cobertura que será interrumpida es por atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro ambulatorio de rehabilitación integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF),** debe leer una sección distinta de este capítulo, ya que se aplican reglas especiales para estos tipos de atención. A continuación, le detallamos qué documentación debe consultar en estas situaciones:
  - Capítulo 9, sección 8: *Cómo solicitarnos la cobertura de una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, el médico le otorga el alta demasiado pronto.*
  - Capítulo 9, sección 9: *Cómo solicitarnos continuar la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un Centro de Enfermería Especializada y en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (CORF) si considera que su cobertura finalizará demasiado pronto.* Esta sección trata solo sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF).
- En el caso de *todas* las demás situaciones que involucran que le comuniquen que la atención médica que recibe se interrumpirá, use esta sección (Sección 6) como guía para conocer los pasos a seguir.

## ¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

| Si: | Usted puede: |
|---|---|
| ¿Desea averiguar si cubriremos la atención médica o los servicios que desea? | Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso.<br><br>Consulte la próxima sección de este capítulo, sección **6.2.** |
| ¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos un servicio médico de la forma en que usted desea que sea cubierto o pagado? | Puede presentar una **apelación.** (Esto significa que nos solicita reconsiderar nuestra decisión).<br><br>Pase a la sección **6.3** de este capítulo. |
| ¿Le hemos informado que detendremos o reduciremos un servicio médico que ya está recibiendo? | Es posible que pueda mantener estos servicios o artículos durante su apelación.<br><br>Pase a la sección **6.3** de este capítulo. |
| ¿Desea solicitarnos el reembolso de la atención médica o los servicios que ya ha recibido y pagado? | Puede enviarnos la factura.<br><br>Pase a la sección **6.5** de este capítulo. |

## Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarle a nuestro plan que autorice o brinde la cobertura de atención médica que desea)

| Términos legales |
|---|
| Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina "**determinación integrada de la organización**". |

### Paso 1: Le solicita a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud requiere una respuesta rápida, debería solicitarnos una "decisión de cobertura rápida".

| Términos legales |
|---|
| La "decisión de cobertura rápida" también se denomina "**determinación acelerada**". |

***Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea***

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que brindemos la cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener detalles de cómo comunicarse con nosotros, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

***Por lo general, usamos los plazos estándar para tomar nuestra decisión.***

Cuando le informemos nuestra decisión, aplicaremos los plazos "estándar", a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos "rápidos". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días** calendario siguientes a la recepción de su solicitud por un **artículo médico o servicio**. Si la solicitud se relaciona con un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro del plazo de 72 horas** después de recibida la solicitud.

- En caso de una solicitud **de un artículo médico o servicio**, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si nos solicita más tiempo, o si necesitamos información (como historial médico de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarle. Si decidimos tomarnos días adicionales para comunicarle la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta una queja rápida, debemos responder a ella en un lapso de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es distinto al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 11 de este capítulo.)

***Si su salud lo requiere, puede solicitarnos una "decisión de cobertura rápida"***

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si solicita un artículo médico o servicio. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**
  - En caso de una solicitud **de un artículo médico o servicio, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si descubrimos que falta información que podría beneficiarle (como el historial médico de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para entregarnos información y que podamos analizarla. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 11 de este capítulo). Le llamaremos apenas tomemos la decisión.
- **Para pedir una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita cobertura para atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si su solicitud está relacionada con el pago de atención médica que ya ha recibido).
  - Puede pedir una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar puede *causar daños graves a su salud o incapacitarlo.*
- **Si su médico le comunica que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida," le otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud amerita que le otorguemos dicha decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una cobertura rápida, le enviaremos una carta para comunicárselo (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
  - Esta carta también le explicará que, en caso de que su médico solicite la decisión de cobertura rápida, automáticamente accederemos a otorgarle una decisión de cobertura rápida.
  - La carta también incluirá información sobre cómo presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar, en lugar

de la decisión de cobertura rápida solicitada. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 11 de este capítulo).

### <u>Paso 2:</u> Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le brindamos nuestra respuesta.

***Plazos para una decisión de cobertura "rápida"***

- Por lo general, en el caso de una decisión de cobertura rápida, comunicaremos nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas.** Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un **plazo de 24 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales bajo ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para comunicarle la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta una queja rápida, debemos responder a ella en un lapso de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 11 de este capítulo).
  - Si no le damos respuesta en un plazo de 72 horas (o si existe un período de tiempo extendido al finalizar ese plazo), o dentro de las 24 horas si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a presentar una apelación. La sección 6.3 a continuación le explica cómo hacerlo.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde se explicarán los motivos de nuestra decisión.

***Plazos para una decisión de cobertura "estándar"***

- Por lo general, para las decisiones de cobertura estándares relacionadas con solicitudes de artículos o servicios médicos, le daremos una respuesta **dentro del plazo de 14 días calendario después de recibida la solicitud**. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un **plazo de 72 horas** después de recibida la solicitud.
  - En el caso de una solicitud de un artículo médico o servicio, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("un periodo de tiempo extendido") en ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para comunicarle la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

  - Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta una queja rápida, debemos responder a ella en un lapso de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 11 de este capítulo).
  - Si no le damos respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si existe un período de tiempo extendido al finalizar ese plazo), o en 72 horas si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B, usted tiene derecho a presentar una apelación. La sección 6.3 a continuación le explica cómo hacerlo.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial para su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde se explicarán los motivos de nuestra decisión.

**Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, debe decidir si desea presentar una apelación.**

- Si nos negamos, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos (e incluso cambiemos) nuestra decisión a través de una apelación. Una apelación es otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la sección 6.3 a continuación).

## Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

| Términos legales |
|---|
| Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina una "**reconsideración**" del plan. |

**Paso 1: Debe comunicarse con nosotros para presentar su apelación.** Si su salud requiere una pronta respuesta, debe solicitar una **"apelación rápida".**

***Qué debe hacer***

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.**Para obtener información sobre la forma de comunicarse con nosotros por cualquier aspecto relacionado con su apelación, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito a través de una solicitud firmada.** Para solicitar una apelación, también puede llamarnos al

número telefónico que aparece en la sección 1 del capítulo 2 *(Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica)*.

- Si alguna otra persona, además de su médico, apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante en el que se autorice a esa persona a que lo represente. Si su médico u otro profesional que expide recetas médicas está solicitando que un servicio o artículo que ya recibe siga siendo proporcionado durante su apelación, es posible que tenga que autorizar a su médico u otro profesional que expide recetas médicas como su representante. (Para obtener el formulario, llame a Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo) y solicite el formulario "Designación de Representante". También está disponible en el sitioweb de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.integramanagedcare.com). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podremos comenzar o finalizar la revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se desestimará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito explicándole su derecho de solicitar que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos** al número telefónico que aparece en la sección 1 del capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene motivos valederos para hacerlo, explique el motivo de la demora de su apelación cuando la presente. Es posible que le otorguemos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos valederos para no cumplir el plazo son una enfermedad grave, que le impidió comunicarse con nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar sin costo una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para sustentar su apelación.**
  - Tiene derecho a solicitarnos una Sin costo copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

***Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (para realizar esta solicitud, puede llamarnos)***

| Términos legales |
|---|
| Una "apelación rápida" también se denomina "**reconsideración acelerada**". |

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si usted necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que los existentes para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se describieron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos comunica que su salud requiere una "apelación rápida", se la otorgaremos.

***Si le informamos que vamos a interrumpir o reducir los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda mantener dichos servicios o artículos durante su apelación.***

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio, artículo o medicamento que usted recibe actualmente, le enviaremos una notificación antes de proceder a tomar la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una Apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio, artículo o medicamento si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario siguientes a la fecha del sello postal de nuestra notificación o en la fecha de entrada en vigor de nuestra acción, la fecha que sea posterior.
- Si cumple este plazo, usted puede continuar recibiendo el servicio, artículo o medicamento sin cambios mientras su apelación está en curso. También seguirá recibiendo el resto de los servicios, artículos o medicamentos (que no sean objeto de su apelación) sin cambio alguno.

### <u>Paso 2:</u> Consideraremos su apelación y le brindaremos nuestra respuesta.

- Al revisar su apelación, analizaremos nuevamente y con sumo cuidado toda la información acerca de su solicitud de cobertura de atención médica. Verificaremos para determinar si seguimos todas las reglas al rechazar su solicitud.
- Si fuera necesario, recolectaremos más información. Podríamos comunicarnos con usted o con su médico para obtener más información.

***Plazos para una apelación "rápida"***

- Al utilizar los plazos rápidos, debemos brindarle nuestra respuesta dentro de las **72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
  - Si nos solicita más tiempo, o si necesitamos recolectar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para comunicarle la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si no le brindamos una respuesta dentro de 72 horas (o al final del período de tiempo extendido, si nos tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le daremos información sobre esta organización y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial para su solicitud,** enviaremos automáticamente su apelación a la Oficina de Audiencias Administrativas para una Apelación de Nivel 2.

***Plazos para una apelación "estándar"***

- Si usamos los plazos estándar, debemos brindarle nuestra respuesta sobre su solicitud de un artículo médico o servicio **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación, si esta se refiere a la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación, si esta se refiere a la cobertura de un medicamento recetado de la Parte B que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
  - Si nos solicita más tiempo o si necesitamos recolectar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un artículo médico o servicio. Si decidimos que necesitamos tomarnos días adicionales para comunicarle la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos este plazo extra. Cuando usted presenta una queja rápida, debemos responder a ella en un lapso de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 11 de este capítulo).

- Si no le brindamos una respuesta en el plazo mencionado (o al final del período de tiempo extendido, si nos tomamos días adicionales para analizar su solicitud de un artículo médico o servicio), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una organización independiente externa la revisará. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta a la totalidad o parte de su solicitud es afirmativa**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 30 días calendario, o **en el plazo de 7 días calendario** si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, luego de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial para su solicitud,** le enviaremos automáticamente su apelación a una organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

### Paso 3: Si nuestro plan rechaza de forma total o parcial su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que hemos seguido todas las reglas al rechazar su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una organización de revisión independiente denominada "Oficina de Audiencias Administrativas".** Al hacerlo, significa que su apelación ingresará en el nivel siguiente del proceso de apelaciones; es decir, el Nivel 2.

## Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Oficina de Audiencias Administrativas** revisa la decisión que tomamos al rechazar su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

### Paso 1: La Oficina de Audiencias Administrativas revisa su apelación.

- **La Oficina de Audiencias Administrativas es una agencia independiente del estado de New York.** No está vinculada con nosotros. Medicare y Medicaid supervisan sus funciones.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama el "expediente del caso". **Le enviaremos una copia de su expediente del caso sin costo.**
- Usted tiene derecho de darle información adicional a la Oficina de Audiencias Administrativas para sustentar su apelación.

- Los revisores de la Oficina de Audiencias Administrativas analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La Oficina de Audiencias Administrativas se comunicará con usted para programar una audiencia.

***Si tuvo una apelación "rápida" en el Nivel 1, puede tener una apelación "rápida" automáticamente en el Nivel 2***

- Si le han otorgado una apelación rápida para nuestro plan en el Nivel 1, es posible que la reciba automáticamente en el Nivel 2. La organización de revisión debe brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación. En algunos casos, si le han otorgado una apelación rápida para nuestro plan en el Nivel 1, no recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. Recibirá una apelación rápida si el uso de los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o incapacitarlo.*
- Si solicita un artículo o servicio médico y la Oficina de Audiencias Administrativas necesita recolectar más información que puede beneficiarlo, **esto puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Oficina de Audiencias Administrativas no puede extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

***Si tuvo una apelación "estándar" en el Nivel 1, también tendrá una apelación "estándar" en el Nivel 2***

- Si le han otorgado una apelación estándar para nuestro plan en el Nivel 1, la recibirá automáticamente en el Nivel 2.
  - Si solicita un artículo médico o servicio, la organización de revisión debe brindarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
  - Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe brindarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si solicita un artículo o servicio médico y la Oficina de Audiencias Administrativas necesita recolectar más información que puede beneficiarlo, **esto puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Oficina de Audiencias Administrativas no puede extender el tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

***Si calificó para la continuación de beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios del servicio, artículo o medicamento bajo apelación también continuarán durante el Nivel 2. Consulte la página 193 para obtener información sobre la continuidad de sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.***

### **Paso 2:** La Oficina de Audiencias Administrativas le da su respuesta.

La Oficina de Audiencias Administrativas le comunicará su decisión por escrito y le explicará sus motivos.

- **Si la Oficina de Audiencias Administrativas responde afirmativamente a la totalidad o a una parte de una solicitud de un artículo o servicio médico**, nosotros debemos hacer lo siguiente:
  - autorizar la cobertura de atención médica **en el plazo de 72 horas.**
  - proporcionar el servicio **en el plazo de 14 días calendario** luego de recibir la decisión de la Oficina de Audiencias para **solicitudes estándar** o
  - proporcionar el servicio **en el plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la Oficina de Audiencias para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la Oficina de Audiencias Administrativas responde afirmativamente a la totalidad o parte de una solicitud de un medicamento recetado de la parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B bajo disputa:
  - **en el plazo de 72 horas** luego de recibir la decisión de la Oficina de Audiencias para **solicitudes estándar** o
  - **en el plazo de 24 horas** a partir de la fecha de que recibimos la decisión de la Oficina de Audiencias para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización deniega de forma total o parcial su apelación**, significa que aceptan la decisión de nuestro plan en cuanto a que su solicitud de cobertura de atención médica (o parte de ella) no debe aprobarse. (Esto se denomina "ratificar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
  - Si la Oficina de Audiencias Administrativas "ratifica la decisión", usted tiene el derecho a una Apelación de Nivel 3.

### **Paso 3:** Decida si quiere seguir con su apelación.

- Existen dos niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cuatro niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada, deberá decidir si desea continuar con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. El aviso escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2 posee la información específica sobre cómo hacer esto.

- El Consejo de Apelaciones de Medicare gestiona la Apelación de Nivel 3. La sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3 y 4 del proceso de apelación.

## Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos solicita reembolsarle nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?

Si desea solicitarnos un pago por atención médica, le conviene comenzar por la lectura del capítulo 7 del presente cuadernillo: *Solicitarnos el pago de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El capítulo 7 describe las situaciones en las cuales usted puede solicitar un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le informa cómo enviarnos la documentación mediante la cual se nos reclama el pago.

### Solicitar un reembolso es solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación donde solicita un reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte la sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto))*. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica (estas normas se detallan en el capítulo 3 de este cuadernillo: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

### Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. O, si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder *afirmativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos los servicios y los motivos detallados por los cuales no pagaremos. (Rechazar su solicitud de pago es lo mismo que responder *negativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura).

### ¿Qué sucede si usted solicita un pago y nos negamos a realizarlo?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **podrá presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la sección 5.3.** Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si usted presenta una apelación para un reembolso, nosotros debemos informarle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación. (Si solicita un reintegro por atención médica que usted mismo ya ha recibido y pagado, no podrá solicitar una apelación rápida).
- Si la Oficina de Audiencias Administrativas revierte nuestra decisión de denegar un pago, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario.
- Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación luego del Nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un lapso de 60 días calendario.

## Sección 7 Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

**¿Leyó la sección 5 de este capítulo (*Guía para conocer los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, debería leerla antes de comenzar con esta parte.**

### Sección 7.1 Esta sección indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reintegremos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por favor consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Su medicamento recetado debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" consiste en el uso de un medicamento ya sea aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos o avalado por determinados libros de referencia. Consulte el capítulo 5 sección 3 para obtener más información sobre las indicaciones médicas aceptadas).

- **Esta sección trata solamente de sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término "medicamento" en el resto de esta parte, en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento recetado de la Parte D".
- Para más detalles sobre lo que significa "medicamentos recetados de la Parte D", la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y restricciones de cobertura e información de costos, consulte el capítulo 5 (*Cómo usar la cobertura del*

*plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

## Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Según se analizó en la sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

| **Términos legales** |
| --- |
| Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D se denomina "**determinación de cobertura**". |

A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita para sus medicamentos recetados de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, incluidos los siguientes casos:
  - Solicita cobertura para un medicamento recetado de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan
  - Solicita la renuncia a una restricción en la cobertura del plan de un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que usted puede obtener)
- Pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, si su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, pero se requiere nuestra aprobación antes de cubrirlo en su caso).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, recibirá un aviso por escrito explicándole cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud para una decisión de cobertura por pagos.

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

Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use el cuadro que figura a continuación para determinar qué parte contiene información pertinente a su caso:

### ¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

| Si se encuentra en esa situación: | Esto es lo que puede hacer: |
|---|---|
| ¿Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o necesita que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos? | Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).<br><br>Comience con **la sección 7.2** de este capítulo. |
| ¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos que a su criterio cumple con todas las reglas o restricciones del plan (tal como obtener la aprobación previa) para el medicamento que necesita? | Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.<br><br>Pase a la sección **7.4** de este capítulo. |
| ¿Desea solicitarnos que le reintegremos el costo de un medicamento que ya haya recibido y pagado? | Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura).<br><br>Pase a la sección **7.4** de este capítulo. |
| ¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la forma en que usted desea que sea cubierto o pagado? | Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos solicita reconsiderar nuestra decisión).<br><br>Pase a la sección **7.5** de este capítulo. |

## Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desea, puede solicitarnos que realicemos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud para una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que expide la receta deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué usted necesita que se apruebe la excepción. En ese caso, consideraremos su solicitud. A continuación detallamos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que expide la receta médica pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).*** (La llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar).

| **Términos legales** |
| --- |
| Solicitar la cobertura de un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos en ocasiones se denomina solicitar una **"excepción del formulario".** |

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se establecen normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos recetados de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el capítulo 5 y busque la sección 4).

| **Términos legales** |
| --- |
| Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una "**excepción al formulario**". |

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
  - *Estar obligado a usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento recetado de marca.
  - *Obtener aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (Esto a veces se denomina "autorización previa").
  - *Estar obligado a probar otro medicamento primero* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina "terapia escalonada").
  - *Límites de cantidad.* En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad que puede obtener de determinado medicamento.

## Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber para solicitar excepciones

### Su médico debe comunicarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que expide la receta médica deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información de salud de su médico o de otro profesional que expide la receta médica cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo podría tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

### Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud por una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto se mantiene siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud para que realicemos una excepción, puede solicitar que revisemos nuestra decisión mediante una apelación. La sección 7.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

## Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

### <u>Paso 1:</u> Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o pagos que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una "decisión de cobertura rápida". No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo un reintegro por un medicamento que ya compró.

***Qué debe hacer***

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, enviarnos una carta o un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que expide la receta médica) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener los detalles, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la

sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.* O si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección llamada *Dónde enviarnos una solicitud para el pago de nuestra parte del costo por atención médica o un medicamento que haya recibido.*

- **Usted o su médico u otra persona que actúa en su nombre** puede solicitar una decisión de cobertura. La sección 5 de este capítulo le indica cómo dar permiso por escrito para que otra persona actúe como su representante. También puede optar por un abogado para que sea su representante.
- **Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento**, le conviene comenzar leyendo el capítulo 7 del presente cuadernillo: *Solicitarnos el pago de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El capítulo 7 describe las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reintegro de nuestra parte del costo de un medicamento que haya pagado.
- **Si usted solicita una excepción, presente la "declaración de respaldo".** Su médico u otro profesional que expide la receta médica deben explicar las razones médicas que justifiquen la excepción por medicamentos que solicitan. (A esto lo llamamos la "declaración de respaldo"). Su médico o el profesional que expide la receta puede enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro profesional que expide la receta médica nos pueden comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, inclusive solicitudes presentadas en el Formulario modelo de solicitud para la determinación de cobertura de los CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.

***Si su salud lo requiere, puede solicitarnos una "decisión de cobertura rápida"***

| **Términos legales** |
|---|
| La "decisión de cobertura rápida" también se denomina **"determinación de cobertura acelerada".** |

- Cuando le informemos nuestra decisión, aplicaremos los plazos "estándar", a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que conocerá nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración del médico.
- **Para pedir una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede pedir una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita cobertura para un *medicamento que aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión de

cobertura rápida si nos está pidiendo un reintegro por un medicamento que ya compró).
  - Puede pedir una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar puede *causar daños graves a su salud o incapacitarlo.*
- **Si su médico o alguien que le recete le comunica que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida," le otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico o de otro profesional que expide la receta), decidiremos si su salud amerita que hagamos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una cobertura rápida, le enviaremos una carta para comunicárselo (y utilizaremos los plazos estándar en su lugar).
  - Esta carta también le explicará que en caso de que su médico u otro profesional que expide la receta solicite la decisión de cobertura rápida, le otorgaremos automáticamente la decisión de cobertura rápida.
  - Esta carta también le indicará cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar, en vez de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Contiene información sobre cómo presentar una queja "rápida", lo cual significa que usted recibe nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas posteriores a su recepción. (El proceso para presentar una queja es distinto al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la sección 11 de este capítulo).

### <u>Paso 2:</u> Consideraremos su solicitud y le daremos nuestra respuesta.

***Plazos para una decisión de cobertura "rápida"***

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 24 horas.**
  - Generalmente, esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si usted solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización externa independiente la revise. Más adelante en esta sección incluimos más detalles sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos las razones de nuestra negativa. También le diremos cómo apelar.

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

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos brindarle nuestra respuesta en un **plazo de 72 horas.**
  - Generalmente, esto significa un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si usted solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente la revise. Más adelante en esta sección incluimos más detalles sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud o declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos las razones de nuestra negativa. También le diremos cómo apelar.

***Plazos para una decisión de cobertura "estándar" sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado***

- Debemos brindarle nuestra respuesta dentro **de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente la revise. Más adelante en esta sección incluimos más detalles sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** también estamos obligados a realizarle el reembolso dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos las razones de nuestra negativa. También le diremos cómo apelar.

**<u>Paso 3:</u> Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted debe decidir si desea presentar una apelación.**

- Si contestamos negativamente a su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación. Esto significa que nos estará solicitando que reconsideremos (y posiblemente modifiquemos) la decisión que hemos tomado.

## Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

| Términos legales |
|---|
| Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se denomina una "**redeterminación**" del plan. |

**<u>Paso 1:</u> Usted se comunica con nosotros y presenta la Apelación de Nivel 1.** Si su salud requiere una pronta respuesta, debe solicitar una **"apelación rápida".**

***Qué debe hacer***

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona que le receta) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener detalles sobre la forma de comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nuestro plan cuando realiza una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación a través de una solicitud por escrito.** Para solicitar una apelación, también puede llamarnos al número telefónico que aparece en la sección 1 del capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando realiza una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o puede llamarnos al número telefónico que aparece en la sección 1 del capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando realiza una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, inclusive solicitudes presentadas en el Formulario modelo de solicitud para la determinación de cobertura de los CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no cumple el plazo y tiene

motivos valederos para hacerlo, es posible que le otorguemos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos valederos para no cumplir el plazo son una enfermedad grave, que le impidió comunicarse con nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
  - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias y enviarle esta información.
  - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que expide la receta médica pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

***Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"***

| **Términos legales** |
|---|
| La "apelación rápida" también se denomina **"redeterminación acelerada".** |

- Si usted está apelando una decisión tomada por nosotros por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que expide la receta médica deberá decidir si usted requiere una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que los existentes para obtener una "decisión de cobertura rápida" en la sección 7.4 de este capítulo.

## **Paso 2:** Consideraremos su apelación y le brindaremos nuestra respuesta.

- Cuando analizamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificaremos para determinar si seguimos todas las reglas al rechazar su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otro profesional que expide la receta médica para obtener más información.

***Plazos para una apelación "rápida"***

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Le comunicaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. Más adelante en esta sección, le brindaremos información sobre esta organización de revisión y le explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**, debemos proveer la cobertura de atención médica que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial para su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde se explicarán los motivos de nuestra decisión y cómo apelarla.

***Plazos para una apelación "estándar"***

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días** calendario posteriores a la recepción de su apelación para un medicamento que aún no ha recibido. Le brindaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere. Si a su criterio su estado de salud lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.
    - Si no tomamos una decisión dentro de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será analizada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta parte le daremos más detalles sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud:**
    - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer a la mayor brevedad posible según lo requiera su estado de salud, pero **antes de los 7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación.
    - Si aprobamos su solicitud de un reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días** calendario siguientes a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial para su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde se explicarán los motivos de nuestra decisión y cómo apelarla.
- Si solicita que le reembolsemos por un medicamento que ya ha comprado, debemos brindarle nuestra respuesta dentro **de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - Si no tomamos una decisión dentro de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será analizada por una Organización Independiente. Más adelante en esta sección incluimos más detalles sobre esta organización revisora y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud,** también estamos obligados a realizarle el reembolso dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa en forma total o parcial a su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos las razones de nuestra negativa. También le diremos cómo apelar.

### <u>Paso 3:</u> Si contestamos negativamente a su apelación, usted decidirá si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si denegamos su apelación, usted entonces elige si acepta esta decisión o continúa con otra apelación.
- Si decide realizar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (ver la siguiente sección).

## Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si denegamos su apelación, usted entonces elige si acepta esta decisión o continúa con otra apelación. Si decide continuar con una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

| **Términos legales** |
|---|
| El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE)".** En ocasiones se le denomina **"IRE".** |

### <u>Paso 1:</u> Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (su representante, su médico u otro profesional que expide la receta médica) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si contestamos negativamente a su Apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, los plazos que se establecen y cómo comunicarse con la organización revisora.
- Cuando usted presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama el "expediente del caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.** Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

## Paso 2: La Organización de Revisión Independiente efectúa una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y tampoco es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa seleccionada por Medicare para analizar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que le ofrecemos.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará sus motivos.

***Plazos para una apelación "rápida" en el Nivel 2***

- Si su estado de salud lo requiere, puede solicitarle una "apelación rápida" a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización revisora decide otorgarle una "apelación rápida", deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta en forma total o parcial su solicitud,** debemos brindarle la cobertura del medicamento aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión por parte de la organización de revisión.

***Plazos para una apelación "estándar" en el Nivel 2***

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe brindarle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos el dinero de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta de forma total o parcial su solicitud:**
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindarle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago a usted dentro de los 30 días calendario** siguientes a la recepción de la decisión de la organización revisora.

### ¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización responde negativamente a su apelación, significa que la organización respalda nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “ratificar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente "ratifica la decisión", usted tiene el derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita debe alcanzar una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es demasiado bajo, usted no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

### **Paso 3:** Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple el requisito, deberá elegir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelaciones.
- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, deberá decidir si desea continuar con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si usted decide presentar una tercera apelación, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que usted recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 se presenta ante un juez en derecho administrativo o abogado adjudicador. La sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

## SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura para una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado más prolongada si, a su criterio, cree que el médico le otorga el alta demasiado pronto

Al ser hospitalizado, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones a esta cobertura, consulte el capítulo 4 de este cuadernillo: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)*.

Durante su estancia hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que sea dado de alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la "**fecha de alta**".
- Cuando se ha determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto, usted puede solicitar una estancia hospitalaria más prolongada y su solicitud será considerada. Esta sección le explica de qué manera puede hacerlo.

## Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare donde se le informarán sus derechos

Durante su estancia hospitalaria cubierta, se le entregará un aviso escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando son ingresadas en un hospital. Algún empleado del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero) debe entregarle este aviso en un plazo de dos días después de haber sido internado. Si no le entregan este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo). También puede llamar 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.

1. **Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende.** Aquí se le explican sus derechos como paciente del hospital, entre ellos:

   - Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estancia hospitalaria, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
   - Su derecho a participar en las decisiones con respecto a su estancia hospitalaria y a conocer quién pagará por ella
   - Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de la atención hospitalaria
   - Su derecho a apelar la decisión sobre su alta, si a su criterio se produce demasiado pronto

| **Términos legales** |
| --- |
| El aviso escrito de Medicare le informa cómo puede "**solicitar una revisión inmediata**". Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar una demora en su fecha de alta, para que podamos cubrir su atención hospitalaria durante más tiempo. (La sección 8.2 a continuación le indica de qué manera puede solicitar una revisión inmediata). |

2. **Debe firmar el aviso escrito para demostrar que ha recibido y comprendido sus derechos.**

   - Usted u otra persona que lo represente debe firmar el aviso. (En la sección 5 de este capítulo se describe cómo usted puede conceder permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no específica la fecha de su alta (su médico o personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar el aviso ***no*** **significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Conserve su copia** del aviso firmado para contar con información disponible que le permitirá presentar una apelación (o denunciar una inquietud sobre la calidad de atención) si la necesita.

   - Si firma el aviso antes de dos días de su salida del hospital, recibirá otra copia antes de su alta programada.
   - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) 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. También puede leerlo en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

## Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios como paciente hospitalizado, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Respete el proceso.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar.
- **Solicite ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están en la contratapa del presente cuadernillo). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada (consulte la sección 2 de este capítulo).

**Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación.** Verifica si la fecha de su alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

### Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

**Una "revisión rápida" también se llama** "revisión inmediata".

***¿Qué es la Organización de Mejoramiento de la Calidad?***

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización es financiada por Medicare para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare.

***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- El aviso escrito que usted recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en la sección 4 del capítulo 2 de este cuadernillo).

***Actúe con rapidez:***

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar en la fecha de alta programada.** (Su "fecha de alta programada" es la fecha que ha sido fijada para que usted se retire del hospital).
  - Si cumple este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin cargo alguno* mientras espera que la Organización de Mejoramiento de la Calidad tome una decisión sobre su apelación.
  - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, *podrá tener que pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede optar por presentar su apelación directamente en nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta manera alternativa de presentar su apelación, consulte la sección 8.4.

***Solicite una "revisión rápida":***

- Usted debe solicitar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad una "**revisión rápida**" de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que usted está solicitando que la organización aplique los plazos "rápidos" para una apelación en lugar de los plazos estándar.

| **Términos legales** |
| --- |
| Una "**revisión rápida**" también se denomina "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**". |

## **Paso 2:** La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información de salud, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital les haya facilitado.
- Al mediodía del día siguiente al que los revisores informan a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá un aviso escrito donde se indicará su fecha de alta planificada y se le explicarán los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (apropiados según criterio médico) que se le otorgue el alta en esa fecha.

| **Términos legales** |
| --- |
| Esta explicación escrita se denomina "**aviso de alta detallado**". Puede obtener una muestra de este aviso llamando al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) 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 puede leer una copia del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices |

**Paso 3: En el plazo de un día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad le informará la respuesta a su apelación.**

***¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?***

- Si la organización *acepta* su apelación, **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos como paciente hospitalizado en un hospital siempre y cuando sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios de hospital cubiertos. (Consulte el capítulo 4 de este cuadernillo).

***¿Qué sucede si la respuesta es negativa?***

- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. En este caso, **nuestra cobertura de sus servicios como paciente hospitalizado en un hospital finalizará** al mediodía del día *siguiente* que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le brinde una respuesta a su apelación.
- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, entonces **tendrá que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba a partir de las doce del mediodía del día siguiente al de la respuesta de la Organización de Mejoramiento de la Calidad a su apelación.

**Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted debe decidir si desea presentar otra apelación.**

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación *y* usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Esto significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

## Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación *y* usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

A continuación se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

**Paso 1: Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.**

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** siguientes al día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad *denegó* su Apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura por atención.

**Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.**

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de la solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión en relación con su apelación y se la informarán.**

***Si la organización de revisión brinda una respuesta afirmativa:***

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que usted recibió a partir del mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura por su atención médica en el hospital como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones de cobertura.

***Si la organización de revisión brinda una respuesta negativa:***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que se presentará ante un juez en derecho administrativo o abogado adjudicador.

**Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si continuará su apelación en el Nivel 3.**

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelaciones. Si la organización revisora rechaza su Apelación de Nivel 2, usted podrá optar por aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez en derecho administrativo o abogado adjudicador analizará su apelación.

- La sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

## Sección 8.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para realizar su apelación de Nivel 1?

### Usted puede optar por apelar ante nosotros

Como se explica anteriormente en la sección 8.2, debe actuar con rapidez y comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar la primera apelación de su alta del hospital. ("Rapidez" significa antes de abandonar el hospital y antes de su fecha de alta planificada). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación.

Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

### Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *alternativa* de Nivel 1

Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

| Términos legales |
|---|
| La revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada"**. |

### <u>Paso 1:</u> Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre la forma de comunicarse con nosotros, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nuestro plan cuando realiza una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos "rápidos" en lugar de plazos "estándar".

### <u>Paso 2:</u> Llevaremos a cabo una revisión "rápida" de su fecha de alta planificada y analizaremos si ha sido apropiada según criterio médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia hospitalaria. Verificamos si la fecha de su alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.

- En este caso, aplicaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándar para informarle nuestra respuesta a esta revisión.

### Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud para una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita permanecer en el hospital luego de la fecha de alta y le seguiremos brindando sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que sean médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y podrán aplicarse limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos negativamente a su apelación rápida**, significa que consideramos que su fecha de alta programada era correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios en el hospital como paciente hospitalizado finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.
  - Si usted permaneció internado en el hospital *después* de la fecha de su alta programada, **puede tener que pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.

### Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Oficina Integrada de Audiencias Administrativas"**. Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

## Paso a paso: Nivel 2 del Proceso de apelación *alternativa*

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, una **organización de revisión independiente** denominada "Oficina de Audiencias Administrativas" (Office of Administrative Hearings, OAH) revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

### Paso 1: Su caso será remitido automáticamente a la Oficina Integrada de Audiencias Administrativas.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Oficina de Audiencias Administrativas en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del

proceso de apelaciones. La sección 11 de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

- **<u>Paso 2:</u> La Oficina de Audiencias Administrativas efectúa una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le brindan una respuesta dentro de 72 horas.**
  - **La Oficina de Audiencias Administrativas es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nuestro plan. Es elegida por Medicare y Medicaid para hacerse cargo del rol de organización de revisión independiente. Medicare y Medicaid supervisan sus funciones.
  - Los revisores de la Oficina de Audiencias Administrativas analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
  - **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *afirmativa***, entonces debemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió desde la fecha de su alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado durante el tiempo que sea médicamente necesario. Deberá continuar pagando su parte de los costos. Si aplicasen limitaciones de cobertura, podrían limitar el monto de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
  - **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa***, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha de su alta programada del hospital era correcta desde el punto de vista médico.
    - El aviso que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar el proceso de revisión. Le informará los detalles de cómo debe proceder para presentar una Apelación de Nivel 3, la cual es procesada por el Consejo de Apelaciones de Medicare.

### <u>Paso 3:</u> Si la Oficina de Audiencias Administrativas rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Existen dos niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cuatro niveles de apelaciones). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted deberá decidir si acepta su decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3 y 4 del proceso de apelación.

# SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto

## Sección 9.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* Atención médica domiciliaria, atención en centros especializados de enfermería y servicios de un centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF)

Esta sección trata *solo* sobre los siguientes tipos de atención:

- **Los servicios de atención médica a domicilio** que usted recibe.
- **La atención en un centro de enfermería especializada** que usted recibe como paciente en un centro de enfermería especializada.
  (Para conocer sobre los requisitos para ser considerado un "centro de enfermería especializada",
  consulte el capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).
- **La atención de rehabilitación** que usted recibe como paciente ambulatorio en un centro ambulatorio de rehabilitación integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o accidente o se está recuperando de una cirugía mayor. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).

Cuando usted recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, inclusive su parte de los costos y las limitaciones que pueden aplicar en la cobertura, consulte el capítulo 4 de este cuadernillo: *Tabla de beneficios (qué está cubierto)*.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura para ese tipo de atención, *dejaremos de pagar por ella.*

Si usted considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **podrá apelar nuestra decisión.** Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

## Sección 9.2 Le informaremos con antelación el momento en que finalizará su cobertura

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan finalice la cobertura de su atención, usted recibirá un aviso.

   - El aviso escrito le informa la fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
   - El aviso también le informa qué puede hacer si desea solicitar que nuestro plan cambie su decisión sobre el momento de interrumpir su atención y continúe cubriéndola por un periodo de tiempo más prolongado.

| **Términos legales** |
|---|
| Al informarle lo que puede hacer, el aviso escrito le está diciendo que puede solicitar una "**apelación rápida.**" Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención. (La sección 9.3 que figura a continuación explica cómo debe proceder para solicitar una apelación rápida). |
| El aviso escrito se denomina "**Aviso de no cobertura de Medicare**". Para obtener una copia de muestra, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) 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 puede leer una copia en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html |

2. **Usted debe firmar el aviso escrito como acuse de su recibo.**

   - Usted u otra persona que lo represente debe firmar el aviso. (La sección 5 le informa cómo debe proceder para otorgar un permiso escrito a una persona que actuará como su representante).
   - Firmar el aviso demuestra *solamente* que usted recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmarlo no significa que acepta la decisión** del plan sobre el momento de interrumpir la atención.

## Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si usted desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Respete el proceso.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. En la sección 11 de este capítulo se explican los pasos a seguir para presentar una queja).
- **Solicite ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están en la contratapa del presente cuadernillo). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada (consulte la sección 2 de este capítulo).

**Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambia la decisión tomada por nuestro plan.**

### Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.

***¿Qué es la Organización de Mejoramiento de la Calidad?***

- Esta organización está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Ellos analizan la calidad de atención a los beneficiarios de Medicare y efectúan una revisión de las decisiones del plan de cuándo finaliza la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- El aviso escrito que recibió le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en la sección 4 del capítulo 2 de este cuadernillo).

***¿Qué debe solicitar?***

- Solicite a esta organización una "apelación rápida" (para que realice una revisión independiente) para verificar si es correcto desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

***Su plazo para comunicarse con esta organización.***

- Debe contactar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación *a más tardar al mediodía del día siguiente a la recepción del aviso escrito que le informa cuándo finalizaremos la cobertura de su atención.*
- Si no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación, puede optar por presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta manera alternativa de presentar su apelación, consulte la sección 9.5.

## **Paso 2:** La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información de salud, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación y además usted recibirá un aviso escrito que incluirá nuestros motivos para interrumpir la cobertura de sus servicios.

| **Términos legales** |
| --- |
| Este aviso de explicación se denomina **"Explicación Detallada de No Cobertura".** |

**Paso 3: En el plazo de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.**

***¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?***

- Si los revisores contestan *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar proporcionándole sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el capítulo 4 de este cuadernillo).

***¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?***

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención en la fecha establecida en el aviso.
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica a domicilio o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro ambulatorio de rehabilitación integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total** por esta atención.

**Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted debe decidir si desea presentar otra apelación.**

- Esta primera apelación que usted presenta es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores contestan *negativamente* a su Apelación de Nivel 1 –y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención– entonces podrá presentar otra apelación.
- Esto significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

## Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, puede tener que pagar el costo total de los servicios de su atención médica a domicilio, su atención en un centro de enfermería especializada o en un centro ambulatorio de rehabilitación integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba.

A continuación se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

### Paso 1: Usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** siguientes al día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad contestó *negativamente* a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura por atención.

### Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

### Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de la solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión en relación con su apelación y se la informarán.

***¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** para su atención durante el tiempo que sea necesario según criterio médico.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

***¿Qué sucede si la organización de revisión responde de forma negativa?***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos para su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que se presentará ante un juez en derecho administrativo o abogado adjudicador.

### Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan negativamente a su Apelación de Nivel 2, usted decide si desea continuar al Nivel 3 y presentar otra

apelación. En el Nivel 3, un juez en derecho administrativo o abogado adjudicador analizará su apelación.
- La sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

## Sección 9.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para realizar su apelación de Nivel 1?

### Usted puede optar por apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente en la sección 9.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación (en el plazo de un día o dos, como máximo). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar su apelación. Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

### Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *alternativa* de Nivel 1

Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

A continuación se enumeran los pasos a seguir para presentar una Apelación de Nivel 1 alternativa:

| Términos legales |
|---|
| La revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada"**. |

### Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nuestro plan cuando realiza una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos "rápidos" en lugar de plazos "estándar".

**<u>Paso 2:</u> Llevaremos a cabo una revisión "rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo interrumpir la cobertura de sus servicios.**

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Determinaremos si hemos seguido todas las reglas al establecer la fecha para interrumpir la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Aplicaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándar para informarle nuestra respuesta a esta revisión.

**<u>Paso 3:</u> Le comunicaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud para una "revisión rápida" ("apelación rápida").**

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es afirmativa**, significa que estamos de acuerdo con usted en que los servicios se deben prolongar y continuaremos la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y podrán aplicarse limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado y no efectuaremos pagos después de ella.
- Si usted continuó recibiendo los servicios de atención médica a domicilio o su atención en un centro de enfermería especializada o en un centro ambulatorio de rehabilitación integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** de esta atención.

**<u>Paso 4:</u> Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.**

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

### Paso a paso: Nivel 2 del Proceso de apelación *alternativa*

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Oficina de Audiencias**

**Administrativas** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si la decisión que tomamos debe cambiarse.

| **Términos legales** |
| --- |
| La revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada"**. |

### <u>Paso 1:</u> Su caso será remitido automáticamente a la Oficina Integrada de Audiencias Administrativas.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Oficina de Audiencias Administrativas en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La sección 11 de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

- ### <u>Paso 2:</u> La Oficina de Audiencias Administrativas efectúa una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le brindan una respuesta dentro de 72 horas.

  - **La Oficina de Audiencias Administrativas es una organización independiente contratada por Medicare o Medicaid.** Esta organización no está vinculada con nuestro plan. Esta organización es una compañía elegida por Medicare y Medicaid para hacerse cargo del rol de la organización de revisión independiente. Medicare y Medicaid supervisan sus funciones.
  - Los revisores de la Oficina de Audiencias Administrativas analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
  - **Si esta organización contesta *afirmativamente* a su apelación**, deberemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Deberá continuar pagando su parte de los costos. Si aplicasen limitaciones de cobertura, podrían limitar el monto de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
  - **Si esta organización contesta *negativamente* a su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiará.
    - El aviso que usted recibe de la Oficina de Audiencias Administrativas le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar el proceso de revisión. Le informará los detalles de cómo debe proceder para presentar una Apelación de Nivel 3.

- **Paso 3: Si la Oficina de Audiencias Administrativas rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con la apelación.**
  - Existen dos niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, con un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores contestan negativamente a su Apelación de Nivel 2, usted decide si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. En el Nivel 3, un juez en derecho administrativo o abogado adjudicador del Consejo de Apelaciones de Medicare analizará su apelación.
  - La sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3 y 4 del proceso de apelación.

## SECCIÓN 10 Cómo presentar apelaciones de Nivel 3 y superiores

### Sección 10.1 Niveles de Apelación 3 y 4 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, pero ambas han sido rechazadas. La carta que reciba de la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) le informará cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de apelaciones.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una revisión realizada por el Consejo de Apelaciones de Medicare. Después de este nivel, usted puede tener derecho a solicitarle a una corte federal que revise su apelación.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelaciones, puede comunicarse con la Red Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN). El número de teléfono es 1-844-614-8800.

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

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, pero ambas han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted apeló alcanza un cierto monto en dólares, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es inferior, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba por su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos tres niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (denominado Juez en derecho administrativo) o abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal evaluará su apelación y le brindará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el juez en derecho administrativo o abogado adjudicador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez en derecho administrativo o abogado adjudicador contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará cuál es el siguiente paso si decide continuar la apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno Federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar** o **proporcionar la cobertura de medicamentos** que haya sido aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le explicará si las reglas le permiten pasar a una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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

**Si su problema tiene que ver con una decisión relacionada con beneficios, cobertura o pago, esta sección *no se aplica a su caso*. En su lugar, debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 5 de este capítulo.**

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

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *solamente.* Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan por el proceso de quejas.

### Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

| Queja | Ejemplo |
|---|---|
| **Calidad de su atención médica** | • ¿Está inconforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)? |
| **Acerca de su privacidad** | • ¿Considera que alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información acerca de su persona que usted cree debería ser confidencial? |
| **Faltas de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas** | • ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa?<br>• ¿Está inconforme con el trato que ha recibido de nuestro Servicio de Atención al Cliente?<br>• ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan? |
| **Tiempos de espera** | • ¿Tiene problemas para acordar una cita, o ha tenido que esperar demasiado?<br>• ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de atención médica? ¿O el personal del Servicio de Atención al Cliente o de otras áreas del plan?<br>o A modo de ejemplo, podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, al adquirir una receta médica o en la sala de estudios médicos. |
| **Limpieza** | • ¿Está inconforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico? |
| **Información proporcionada por nosotros** | • ¿Considera que no le hemos informado algo que debíamos?<br>• ¿Cree que la información escrita que le hemos entregado es difícil de entender? |

| Queja | Ejemplo |
|---|---|
| **Puntualidad**<br>(Estos tipos de quejas están relacionadas con *lo oportuno* de nuestras acciones relativas a las decisiones de cobertura y apelaciones) | El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4-10 de este capítulo. Si está solicitando una decisión o presentando una apelación debe usar ese proceso, no el de quejas.<br><br>Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos con suficiente celeridad, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo:<br><br>• Si nos solicitó una "decisión de cobertura acelerada" o una "apelación rápida" y rechazamos su solicitud, puede presentar una queja.<br>• Si a su criterio no cumplimos los plazos para brindarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que ha realizado, puede presentar una queja.<br>• Cuando una decisión de cobertura es revisada y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, tendremos que cumplir determinados plazos. Si piensa que no estamos cumpliendo estos plazos, puede presentar una queja.<br>• Cuando no le otorguemos una decisión en tiempo y forma, deberemos elevar su caso a la Oficina de Audiencias Administrativas. Si no lo hacemos en el plazo requerido, usted puede presentar una queja. |

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

| Términos legales |
|---|
| • Lo que en esta sección se denomina “**queja”** también se denomina “**reclamo**”.<br>• Otro término para “**presentar una queja**” es “**hacer un reclamo**”.<br>• Otra forma de decir **“usar el proceso de quejas”** es **“usar el proceso para presentar un reclamo”.** |

## Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar quejas

### Paso 1: Contáctenos inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso consiste en llamar a Servicio de Atención al Cliente.** Si hay algo más que usted necesite hacer, el Servicio de Atención al Cliente se lo informará. Puede comunicarse con Servicio de Atención al Cliente al 1-877-388-5195. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, del 1 de Octubre al 31 de Marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes del 1 de Abril al 30 de Septiembre.

  - **Si no desea llamar (o si ya llamó y no está conforme con la solución brindada), puede poner su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

- Nuestro plan acepta reclamos verbales o por escrito, siempre y cuando el reclamo se presente dentro de los 60 días calendario posteriores al evento o incidente que originó el reclamo. Una vez que recibimos su reclamo, investigaremos su preocupación, incluso buscaremos información adicional necesaria para revisar completamente nuestro reclamo. Resolveremos su queja y le responderemos dentro de los 30 días. En algunas circunstancias, querrá presentar un reclamo rápido ("acelerado"). Las circunstancias en las que puede desear presentar un reclamo acelerado son cuando quiere quejarse sobre alguna de las siguientes:

  - Extendimos el tiempo para tomar una decisión sobre su solicitud de servicios o apelación
  - Negamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida"

En estos casos, responderemos su reclamo rápido dentro de las 24 horas.

- **Sea por teléfono o por escrito, debe comunicarse inmediatamente con Servicio de Atención al Cliente.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema que originó la queja.
- **Si presenta una queja debido a que negamos su solicitud de obtener una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", le otorgaremos automáticamente una queja "rápida".** Si consigue una queja "rápida", significa que le brindaremos **una respuesta dentro de 24 horas.**

| Términos legales |
|---|
| Lo que en esta parte se denomina "**queja rápida**" también se denomina "**reclamo acelerado**". |

### Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le contestaremos de inmediato.** Si usted nos llama por una queja, podremos darle una respuesta en la misma llamada. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** de forma total o parcial con su queja o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones que la justifiquen. Responderemos si estamos de acuerdo con la queja o no.

## Sección 11.4 También puede realizar quejas sobre la calidad de la atención en la Organización de Mejoramiento de la Calidad

Puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención que le brindamos a través del proceso paso a paso que se describe anteriormente.

Cuando su queja es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja por la calidad de atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
    - La Organización de Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica en ejercicio que son pagados por el

gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.
    - Para buscar el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado, revise la sección 4 del capítulo 2 del presente cuadernillo. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos junto a ellos para resolverla
- **O puede presentar su queja ante ambas entidades simultáneamente.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de atención ante nosotros y ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad.

## Sección 11.5 También puede contarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio y usará dicha información para mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, comuníquese al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

# CAPÍTULO 10.

## *Cómo finalizar su membresía en el plan*

# Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

**SECCIÓN 1 Introducción ..... 243**
Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la finalización de su membresía en nuestro plan ..... 243

**SECCIÓN 2 ¿En qué momento puede finalizar su membresía en nuestro plan? ..... 243**
Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid ..... 243
Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual ..... 245
Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta a Medicare Advantage ..... 246
Sección 2.4 En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial ..... 246
Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? ..... 248

**SECCIÓN 3 ¿Cómo finalizar su membresía en nuestro plan? ..... 248**
Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía en nuestro plan cuando se inscribe en otro ..... 248

**SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan ... 250**
Sección 4.1 Hasta que su membresía termine, usted todavía es miembro de nuestro plan ..... 250

**SECCIÓN 5 Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas circunstancias ..... 250**
Sección 5.1 ¿Cuándo tenemos que finalizar su membresía en el plan? ..... 250
Sección 5.2 Ante cualquier situación relacionada con su salud, no podemos solicitarle que abandone nuestro plan ..... 252
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía a nuestro plan ..... 252

# SECCIÓN 1 Introducción

## Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) puede ser **voluntaria** (decisión propia) o **involuntaria** (no es su decisión):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
    - Hay solo ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, en las que puede finalizar voluntariamente su membresía en el plan. La sección 2 le explica cuándo puede finalizar su membresía en el plan. La sección 2 le explica los tipos de planes en los que puede inscribirse y el momento en que comenzará su nueva cobertura.
    - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que usted selecciona. La sección 3 le explica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no decide cancelar su membresía, pero debemos hacerlo. La sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si usted está dejando nuestro plan, debe recibir su atención médica a través de nuestro plan hasta la cancelación de su membresía.

# SECCIÓN 2 ¿En qué momento puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante ciertas épocas del año, conocidas como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el período de inscripción anual y durante el Período de Inscripción Abierta a Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede calificar para dejar el plan en otras épocas del año.

## Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de Inscripción Especial:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar el próximo período para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Período de Inscripción Especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de Inscripción Anual. La sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de Inscripción Anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes Medicare:
    - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no lo haga).
    - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
        - Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya dado de baja de la inscripción automática.

      **Nota:** Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y permanece sin una cobertura "acreditable" de medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare).

      Comuníquese con su Oficina Estatal de Medicaid para obtener información sobre las opciones de su plan de Medicaid (los números telefónicos se encuentra en la sección 6 del capítulo 2 del presente cuadernillo).
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en el plan nuevo también comenzará ese día.

## Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual

Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual (también conocido como el "Período de Inscripción Abierta Anual"). En este tiempo es cuando debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar la decisión sobre su cobertura para el año próximo.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no lo haga).
  - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
  - *o* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

    **Si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya dado de baja de la inscripción automática.

  **Nota:** Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 o más días de corrido, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la sección 5 del capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando entre en vigor su nuevo plan de cobertura el 1° de enero.

## Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta a Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta a Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta a Medicare Advantage?** Esto sucede cada 1° de enero al 31 de febrero.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante este Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este período de tiempo, podrá:
  - Cambiarse a otro Medicare Advantage Plan. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no lo haga).
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan separado de Medicare para medicamentos recetados en ese momento.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan diferente de Medicare Advantage o de obtener su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos recetados, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

## Sección 2.4 En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial

En ciertas situaciones, también puede calificar para dejar finalizar su membresía en otros momentos del año. A esto le llamamos **período de inscripción especial.**

- **¿Quién califica para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las situaciones a continuación se aplica a su caso, usted puede calificar para finalizar su membresía durante el período de inscripción especial. Estos son solo unos ejemplos; para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
  - Por lo general, si se muda.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si califica para el programa "Ayuda Adicional" con el pago de sus medicamentos recetados de Medicare.
  - Hemos violado nuestro contrato con usted.
  - Si usted está recibiendo atención en una institución, como un hogar de reposo o un hospital de atención a largo plazo (long-term care, LTC).
  - Si está inscrito en el Programa de Cuidados Integrales para Personas Mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

- **Nota:** Si no está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el capítulo 5 de la sección 10, encontrará más información acerca de los programas de administración de medicamentos.

**Nota:** La sección 2.1 le brinda más información sobre el período especial de inscripción para personas con Medicaid.

- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si califica para un período de inscripción especial, puede llamar 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 usted califica para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no lo haga).
  - Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
  - – u – Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

    **Si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya dado de baja de la inscripción automática.

  **Nota:** Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare y permanece sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte la sección 5 del capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud para cambiar de plan.

**Nota:** Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período especial de inscripción para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

### Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene preguntas o le gustaría obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente** (los números telefónicos están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- Puede encontrar la información en el ***Manual Medicare y Usted 2021***.
    - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* al comenzar el otoño. Los miembros nuevos de Medicare la recibirán durante el mes siguiente a su inscripción.
    - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al siguiente número.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 3 ¿Cómo finalizar su membresía en nuestro plan?

### Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su membresía en nuestro plan cuando se inscribe en otro

Normalmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, sencillamente se inscribe en otro plan Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan al Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, debe solicitar que se le dé de baja de nuestro plan. Existen dos formas para solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan:

- Envíenos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo proceder (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
- --*O bien*--puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

El siguiente cuadro explica la forma en que debe finalizar su membresía en nuestro plan.

| Si desea cambiarse de nuestro plan a: | Esto es lo que debe hacer: |
|---|---|
| • Otro plan de salud de Medicare | • Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Automáticamente se cancelará su inscripción en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan. |
| • Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare. | • Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Automáticamente se cancelará su inscripción en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan. |
| • Original Medicare *sin* un plan de Medicare de medicamentos recetados por separado.<br>o Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya dado de baja de la inscripción automática.<br>o Recuerde que, si no mantiene la cobertura de medicamentos recetados de Medicare u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados, quizá tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. | • **Envíenos una solicitud por escrito para que descontinuemos su cobertura.** Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo proceder (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo).<br>• También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días a la semana, y pedir la suspensión de la membresía. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.<br>• Se lo desafiliará de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) cuando comience su cobertura de Original Medicare. |

Por preguntas sobre sus beneficios de Medicaid del estado de New York, comuníquese con la Línea de Ayuda de Medicaid del Estado de New York al 1–800–541–2831, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados, de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. Para TTY, llame al 1-800-662-1220. Pregunte en qué forma unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que obtiene su cobertura de Medicaid del Estado de New York.

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

### Sección 4.1 Hasta que su membresía termine, usted todavía es miembro de nuestro plan

Si deja Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), puede pasar algún tiempo antes de que finalice su membresía y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid entre en vigor. (Consulte la sección 2 para obtener información sobre cuándo inicia su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas hasta que finalice su membresía en el plan.** Normalmente, sus medicamentos recetados solo son cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso los servicios de nuestra farmacia de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estancia hospitalaria será cubierta normalmente por nuestro plan hasta que le hayan dado el alta** (aún si es dado de alta después de iniciarse su nueva cobertura médica).

## SECCIÓN 5 Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas circunstancias

### Sección 5.1 ¿Cuándo tenemos que finalizar su membresía en el plan?

**Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) debe finalizar su membresía en el plan si sucede alguna de estas situaciones:**

- Si ya no se encuentra inscrito en la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para Medicaid. Como se explicó en la sección 2.1 del capítulo 1, nuestro plan está dirigido a personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
    - Si descubrimos que ya no tiene Medicaid le enviaremos un Aviso de desafiliación debido a la pérdida de Medicaid. El aviso se enviará en un plazo de 10 días calendarios, luego de que Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) se entere de su pérdida de Medicaid.
    - Usted seguirá siendo elegible para Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) durante un período de 90 días calendarios (a partir de la fecha en que perdió a Medicaid).

  - Al finalizar los 90 días, si usted no restableció su cobertura de Medicaid, le cancelaremos su inscripción en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).

- Si ya no se encuentra dentro de nuestra área de servicios.
- Si está fuera de nuestra área de servicios durante más de 30 días.
  - Si se muda o se va de viaje por una larga temporada, necesita comunicarse con Servicio de Atención al Cliente para verificar si el lugar al que se muda o viaja está en nuestra área de servicio. (Los números telefónicos de Servicio de Atención al Cliente figuran en la contratapa de este cuadernillo).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si usted no es un ciudadano estadounidense o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información acerca de otro seguro que tenga que brinde cobertura de medicamentos.
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón a menos que Medicare nos autorice primero).
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si está obligado a pagar la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan
- Ha entrado a un programa residencial de la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH), de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) por cuarenta y cinco (45) días o más
- Se evaluó que ya no necesita atención a nivel de hogar de ancianos
- Si no cumple con su plan de cuidado o se rehúsa a aceptar servicios considerados necesarios para mantener la salud y el bienestar.

**Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) puede finalizar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:**

- Si no paga su obligación económica de gastos médicos, según corresponda.
- Si nos brinda información incorrecta de manera intencional al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para el plan. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón a menos que Medicare nos autorice primero).
- Si continuamente causa problemas que nos dificulten brindarle la atención médica tanto a usted como a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a dejar nuestro plan por esta razón a menos que Medicare nos autorice primero).
- Usted no completa ni envía los formularios de consentimiento o divulgación necesarios

### ¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quisiera más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar a **Servicio de Atención al Cliente** para obtener más información (los números telefónicos están en la contratapa del presente cuadernillo).

## Sección 5.2 Ante cualquier situación relacionada con su salud, no podemos solicitarle que abandone nuestro plan

Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) no tiene permitido solicitarle que abandone nuestro plan ante cualquier situación relacionada con su salud.

### ¿Qué debe hacer en este caso?

Si considera que se le está pidiendo que deje nuestro plan por cualquier razón relacionada con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

## Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía a nuestro plan

Si cancelamos su membresía a nuestro plan, debemos explicarle nuestras razones para hacerlo por escrito. También debemos explicarle de qué manera puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. Además, en la sección 11 del capítulo 9, puede buscar información sobre la manera en que puede presentar una queja.

# CAPÍTULO 11.

*Avisos legales*

# Capítulo 11. Avisos legales

**SECCIÓN 1 Aviso acerca de las leyes vigentes ..... 255**

**SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación ..... 255**

**SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Pagador secundario de Medicare ..... 257**

## SECCIÓN 1 Aviso acerca de las leyes vigentes

Muchas leyes se aplican a la presente *Evidencia de cobertura* y es posible que también se apliquen algunas disposiciones adicionales que son obligatorias por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aun cuando dichas leyes no se incluyan o expliquen en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas en dicha ley para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde vida usted.

## SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

**Aviso de No Discriminación de Medicare**

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** a las personas con base en su raza, etnia, nacionalidad, color, religión, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, historial 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 acatar leyes federales contra la discriminación, con la inclusión del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Norteamericanos con Discapacidades, el Artículo 1557 de la Affordable Care Act (Ley de Atención Médica Asequible), todas las otras leyes que aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley y regla que aplique por cualquier otra razón.

Si desea 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.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, por favor comuníquese con Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Si tiene una queja, como problemas de acceso con silla de ruedas, Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo.

**Aviso de No Discriminación de Medicaid**

Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) cumple con las leyes civiles federales aplicables y no discrimina por raza, color, origen nacional, sexo, edad ni discapacidad. Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) no excluye a nadie ni lo trata de forma distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) presta los siguientes servicios:

- Ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarlos a comunicarse con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos); y

- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma primario no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) al (877) 388-5195 (TTY: 711).

Si cree que Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) no le proporcionó estos servicios o lo trató de forma distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a Integra por:

- Correo: Gestor de Apelaciones y Reclamos
  Integra Synergy MAP, Inc.
  P.O. Box 18023
  Hauppauge, NY 11788
- Teléfono: (877) 388-5195 (TTY: 711) de lunes a viernes
  8:00 a.m. a 8:00 p.m.

También puede presentar una queja de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por:

- Sitio web: Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- Correo: U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201
  1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).
  Los formularios de queja están disponibles en
  http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
- Teléfono: 1-800-868-1019 (TTY/TDD: 1-800-537-7697)

## SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios de Medicare cubiertos por los que Medicare no es el pagador principal. Según las reglamentaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del CFR 42, Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP), como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del CFR 42 y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

# CAPÍTULO 12.

*Definiciones de términos importantes*

# Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

**Centro quirúrgico ambulatorio:** Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de ofrecer servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y cuya internación en el centro no exceda las 24 horas.

**Apelación:** Una apelación es algo que usted realiza si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, así como pagar por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de detener los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede presentar una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted considera debería poder recibir. El capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso que implica presentarlas.

**Período de beneficios:** es la manera en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios de centros hospitalarios y de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido ningún tipo de atención para paciente hospitalizado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de finalizado un periodo de beneficios, se inicia uno nuevo. No hay límite en cuanto al número de períodos de beneficios.

**Medicamento de marca:** Es un medicamento recetado que se fabrica y vende a través de la compañía farmacéutica que originalmente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos recetados de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento recetado de marca ha expirado.

**Etapa de cobertura catastrófica**: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D donde usted no paga ningún copago o coaseguro para sus medicamentos, luego de que usted o una de las partes calificada en representación suya haya gastado $7,050 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** Es la agencia federal que administra Medicare. El capítulo 2 le indica cómo puede comunicarse con los CMS.

**Coaseguro:** es el monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados. El coaseguro normalmente se expresa en un porcentaje (por ejemplo, 20%).

**Queja:** el nombre formal para “realizar una queja” es “presentar un reclamo”. El proceso de quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas *solamente.* Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. Consulte también “Reclamo” en esta lista de definiciones.

**Centro ambulatorio de rehabilitación integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)**: un centro que brinda básicamente servicios de rehabilitación posterior a una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patologías del habla o el lenguaje, así como servicios de evaluación del ambiente domiciliario.

**Copago:** es el monto que posiblemente deba pagar como su parte del costo de un suministro o servicio médico, tal como una visita médica, una visita como paciente ambulatorio de un hospital o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo, más que un porcentaje. Por ejemplo, podría pagar $10 o $20 por una visita médica o un medicamento recetado

**Costos compartidos:** Los costos compartidos se refieren a montos que un miembro debe pagar al recibir servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen alguna combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier monto deducible que imponga un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que el plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de "coaseguro", porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que el plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento. Un "costo compartido diario" quizás aplique cuando su médico le recete medicamentos para un suministro de menos de un mes y usted deba realizar un copago.

**Determinación de cobertura:** decisión para determinar si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiese, que usted debe pagar por la receta médica. En términos generales, el hecho de llevar su receta médica a una farmacia y que esta le informe que dicha receta médica no está cubierta por su plan, no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre su cobertura. Las determinaciones de cobertura se han denominado "decisiones de cobertura" en este cuadernillo. El capítulo 9 explica de qué forma nos puede solicitar una decisión de cobertura.

**Medicamentos cubiertos:** es el término que utilizamos para referirnos a los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

**Servicios cubiertos:** es el término general que utilizamos para referirnos a los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

**Cobertura acreditable de medicamentos recetados:** cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, por un empleador o sindicato) que se espera pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura al momento de calificar para Medicare pueden, generalmente, mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en una fecha posterior.

**Cuidado supervisado:** el cuidado supervisado es el cuidado personal que se brinda en un hogar de reposo o de cuidados paliativos u otro centro establecido donde no se requiera atención médica o de enfermería especializadas. La atención supervisada es el cuidado personal que puede ser provisto por personas que nos tengan destrezas o capacitación profesional, tales como asistencia con actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, comer, recostarse y levantarse de una cama o sillón, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como utilizar gotas para los ojos. Medicare no paga por el cuidado supervisado.

**Servicio de Atención al Cliente:** es un departamento dentro de nuestro plan cuya responsabilidad es responder todas sus preguntas sobre membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el capítulo 2 para obtener información sobre la forma de comunicarse con el departamento de Servicio de Atención al Cliente.

**Tasa de costo compartido diario:** una "tasa de costo compartido diario" puede aplicar cuando un médico prescribe una receta médica que es menor que el suministro de un mes completo de determinados medicamentos y se le exige hacer un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por el número de días en el suministro de un mes. Por ejemplo: Si el copago por el suministro de un mes de un medicamento es de $30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su "tasa de costo compartido diario" será de $1 por día. Quiere decir que paga $1 por día por cada suministro diario cuando surte su receta médica.

**Deducible:** es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.

**Cancelar** o **cancelación de la inscripción**: es el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (por propia decisión) o involuntaria (no por propia decisión).

**Pago por expendio:** es un pago que se cobra cada vez que se expende un medicamento recetado para pagar el costo de surtir la receta. El pago por expendio cubre costos tales como el tiempo que requiere el farmacéutico para preparar y empacar la receta médica.

**Individuo con elegibilidad doble:** es una persona que califica para recibir cobertura de Medicare y Medicaid.

**Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME):** son ciertos equipos médicos que son ordenados por su médico para usar en su hogar. Ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones accionados, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que un proveedor solicita para uso domiciliario.

**Emergencia:** una emergencia médica se produce cuando usted u otra persona prudente, no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

**Atención de emergencia:** los servicios cubiertos que son: (1) brindados por un proveedor calificado para proveer servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

**Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información:** este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional elegida, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer, como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido a un nivel de costos compartidos más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si su plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el que usted está solicitando, o el plan le restringe la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

**Ayuda Adicional:** es un programa de Medicare que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguros.

**Medicamento genérico:** es un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos (Food and Drug Administration, FDA) con la certificación de que posee los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” es igual de efectivo que un medicamento recetado de marca y usualmente su costo es menor.

**Asistente para la salud en el hogar:** un asistente para la salud en el hogar brinda servicios que no requieren las destrezas de un enfermero certificado o terapeuta, tales como ayuda con el cuidado personal (ej. bañarse, usar el baño, vestirse o llevar a cabo los ejercicios prescritos) Los asistentes para la salud en el hogar no tienen certificación de enfermería ni brindan terapias.

**Cuidados paliativos:** un miembro que tiene 6 meses de vida o menos tiene el derecho de elegir cuidados paliativos. Nosotros, nuestro plan, debe proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige cuidados paliativos y continúa pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le brindará tratamiento especial para su estado.

**Estancia como paciente hospitalizado:** es una estancia hospitalaria cuando ha sido admitido formalmente para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio".

**Monto del Ajuste Mensual según el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA)**: si su ajuste modificado de ingreso bruto según lo informado en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años atrás está por sobre cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Ajuste de Relación de Ingreso Mensual, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo extra agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayoría de las personas no pagarán una prima mayor.

**Límite de cobertura inicial**: es el límite máximo de cobertura durante la Etapa de cobertura inicial.

**Etapa de cobertura inicial**: es la etapa previa a que los costos totales de medicamentos, incluidos los montos que pagó y los que el plan pagó en su representación durante el año, hayan alcanzado los $4,130.

**Período de inscripción inicial:** es el período de tiempo en el que puede inscribirse en las partes A y B de Medicare cuando usted califica para este por primera vez. Por ejemplo, si califica para Medicare al cumplir la edad de 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que inicia 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluido este mes, y que finaliza 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

**Plan para Necesidades Especiales (SNP) Institucional:** un plan de necesidades especiales que afilia a personas que califican, que residen o esperan residir durante 90 días consecutivos o más en un centro de atención de largo plazo (LTC). Estos centros LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF); un centro de enfermería (Nursing Facility, NF); un centro de atención intermedia para retrasados mentales (intermediate care facility for the mentally retarded, ICF/MT); y/o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Para que un Plan para Necesidades Especiales Institucional pueda brindar Medicare a los residentes de centros de LTC debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) el centro(s) de LTC específico.

**Plan para Necesidades Especiales (SNP) Institucional Equivalente**: es un plan de Necesidades Especiales institucional que afilia a personas que califican que viven en la comunidad, pero requieren un nivel de atención institucional en función de la evaluación del Estado. La evaluación debe ser realizada utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal y administrado por una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residan en un centro de vida asistida (ALF) contratado si es necesario garantizar una administración uniforme de la atención especializada.

**Reclamo integrado**: es un tipo de queja que presenta sobre nosotros o nuestras farmacias, incluido una queja acerca de la calidad de la atención médica. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura o pagos.

**Determinación integrada de la organización:** el plan Medicare Advantage establece una determinación de la organización cuando toma una decisión acerca de cuáles artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en el presente cuadernillo. El capítulo 9 explica de qué forma nos puede solicitar una decisión de cobertura.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"):** es una lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

**Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS):** ver "Ayuda Adicional".

**Monto máximo de costos de bolsillo:** lo máximo que pagará de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y por los medicamentos recetados no cuentan para este monto máximo de costos de bolsillo. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de costos de bolsillo. Consulte la sección 1 del capítulo 4 para obtener información sobre su monto máximo de costos de bolsillo.

**Medicaid (o Asistencia Médica):** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas Medicaid varían en los diferentes estados, pero la mayoría de los costos de la atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la sección 6 del capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

**Indicación médicamente aceptada:** es el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por cierta documentación de referencia. Consulte la sección 3 del capítulo 5 para obtener más información sobre las indicaciones médicas aceptadas.

**Médicamente necesario:** son servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y satisfacen los estándares de la práctica médica.

**Medicare:** es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y personas con enfermedad renal terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un Medicare Advantage Plan.

**Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**: un momento específico del año en el que los miembros del plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan separado de Medicare para medicamentos recetados en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage comienza el 1 de enero y se extiende hasta el 31 de marzo. También está disponible durante un período de 3 meses luego de que una persona sea elegible para Medicare.

**Plan Medicare Advantage (MA)**: a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que firma un contrato con Medicare para proporcionarle a usted todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Medicare Advantage Plan puede ser un plan HMO, PPO, un plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare. Cuando se inscribe en un Medicare Advantage Plan, los servicios Medicare son cubiertos por el plan, y no son pagados por Original Medicare. En la mayoría de los casos, los Medicare Advantage Plans también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Medicare Advantage Plans con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen las Parte A y Parte B de Medicare Advantage califican para unirse a cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área.

**Programa de Descuentos de la Brecha de Cobertura de Medicare:** es un programa que ofrece descuentos en muchos medicamentos recetados de marca de la Parte D para miembros de la Parte D que han alcanzado la Etapa de transición de cobertura y que no están recibiendo "Ayuda Adicional". Los descuentos se hacen sobre la base de los acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos recetados de marca tienen descuentos.

**Servicios cubiertos por Medicare:** son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que son cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

**Plan de salud de Medicare:** es un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que firma contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare a los que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, plan de Costos de Medicare, Programas de demostración/pilotos y Programas de Atención Integral para Personas Mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare):** es un seguro que ayuda a pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos o inmunológicos y algunos suministros que no cubre la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Póliza “Medigap” (Seguro Complementario de Medicare):** es un seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las "brechas" de la cobertura de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un Medicare Advantage Plan no es una póliza de Medigap).

**Miembro (Miembro de nuestro plan o “Miembro del plan”):** es una persona con Medicare y elegible para recibir servicios cubiertos que se ha inscrito en nuestro plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Farmacia de la red:** una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de sus medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” debido a que tienen contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si son surtidas en una de nuestras farmacias de la red.

**Proveedor de la red:** “Proveedor” es el término general que utilizamos para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Las denominamos **“proveedores de la red”** cuando tienen acuerdos con nuestro plan de aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar, así como brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tiene con ellos o si dichos proveedores aceptan brindarle a usted los servicios cubiertos por el plan. También podemos referirnos a los proveedores de la red como “proveedores del plan”.

**Original Medicare** (“Medicare Tradicional” o Medicare de “Pago por Servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede tratarse con un médico, hospital o con cualquier otro proveedor de cuidados de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro Hospitalario) y Parte B (Seguro Médico) y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

**Farmacia fuera de la red:** Una farmacia que no posee un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan. Como se explicó en la presente Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Proveedor o centro fuera de la red:** Un proveedor o centro con el que no tenemos acuerdos para coordinar o brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores o centros fuera de la red son proveedores que no son empleados por, ni pertenecen a, ni operan con nuestro plan o no están bajo contrato para brindarle los servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el capítulo 3 del presente cuadernillo.

**Costos de bolsillo:** consulte la definición de "costos compartidos" más arriba. Al requisito de costos compartidos de un miembro, según el cual debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos, también se conoce como el requisito de "costos de bolsillo" del miembro.

**Plan PACE:** Un plan PACE (Programa de Cuidados Integrales para Personas Mayores) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para personas de salud frágil, para ayudar a que conserven su independencia y puedan vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de reposo) durante el mayor tiempo posible, al mismo tiempo que reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

**Parte C: Consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".**

**Parte D:** El programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para mayor claridad, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D).

**Medicamentos de la Parte D:** Son los medicamentos que pueden cubrirse según la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos recetados de la Parte D. (Consulte su formulario para acceder a una lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas de la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D por el Congreso.

**Multa por inscripción tardía de la Parte D**: es un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare si permanece sin una cobertura acreditable (cobertura que se espera pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un periodo de 63 días consecutivos o más luego de que sea elegible para unirse al plan de la Parte D. Puede pagar este monto superior siempre y cuando tenga un plan de medicamentos recetados de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía. Si pierde la Ayuda Adicional, estará sujeto a la multa por inscripción tardía si se queda sin cobertura de la Parte D o de otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días corridos o más.

Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos ("Ayuda Adicional"), será sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más.

**Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO):** Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Medicare Advantage Plan con una red de proveedores contratados que han aceptado tratar a miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que sean recibidos por un proveedor de la red como de fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente más alto cuando recibe los beneficios de un proveedor fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de costos de bolsillo por servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor de sus costos de bolsillo combinados por servicios recibidos tanto de los proveedores de la red (preferidos) como de los de fuera de la red (no preferidos).

**Prima:** Es el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica en concepto de cobertura de medicamentos recetados o de salud.

**Cobertura de Medicamentos Recetados**. Todas las personas que tienen las Parte A y Parte B de Medicare califican para unirse a cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

**Médico de atención primaria (PCP):** Su médico de atención primaria es el médico u otro proveedor al que usted acude en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerle saludable. Él o ella también pueden consultar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su cuidado y puede derivarlo con ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su médico de atención primaria antes de consultar con cualquier otro. Consulte la sección 2.1 del capítulo 3 para obtener información sobre los médicos de atención primaria.

**Autorización previa**: es la aprobación previa a obtener servicios o determinados medicamentos que podrían o no estar en nuestro formulario. Algunos de los servicios médicos dentro de la red se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están indicados en la Tabla de beneficios del capítulo 4. Algunos medicamentos se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene “autorización previa” de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están indicados en el formulario.

**Dispositivos protésicos y ortésicos:** Son dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, arneses para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, incluso materiales de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

**Organización de Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO):** Es un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. Consulte la sección 4 del capítulo 2 para obtener más información sobre la forma de comunicarse con la QIO de su estado.

**Límites de cantidades:** Es una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad y aprovechamiento. Los límites pueden ser en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o en un periodo definido de tiempo.

**Servicios de rehabilitación:** estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

**Área de servicio**: es un área geográfica donde el plan acepta miembros cuando limita la membresía en función del lugar donde viven las personas. Para planes que limitan cuáles médicos y hospitales usted puede utilizar, generalmente también es el área donde puede obtener los servicios de rutina (no emergencias). El plan puede darle de baja si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

**Atención en un centro de enfermería especializada (SNF):** la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación que se brindan de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención de centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas, que solo pueden ser administradas por una Enfermera Registrada o un médico.

**Plan para Necesidades Especiales:** un tipo especial de Medicare Advantage Plan que ofrece atención médica más centrada para grupos específicos de personas, tales como las que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en un hogar de reposo o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

**Terapia escalonada:** es una herramienta de uso que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos un medicamento que puede haber sido recetado inicialmente por su médico.

**Ingreso de Seguro Complementario (Supplemental Security Income, SSI):** es un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

**Servicios que se necesitan con urgencia:** los servicios que se necesitan con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia, pero que requiere de atención médica inmediata. Los servicios que se necesitan con urgencia pueden ser suministrados por proveedores de la red o fuera de la red, si los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no puede acceder a ellos

## Servicio de Atención al Cliente de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).

| Método | Servicio de Atención al Cliente: información de contacto |
|---|---|
| LLAME AL | 1-877-388-5195<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.<br>Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés. |
| TTY | 711<br>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. |
| ESCRIBA A | Integra Managed Care, Inc.<br>Attn: Customer Service<br>P.O. Box 18023<br>Hauppauge, NY 11788 |
| SITIO WEB | www.integramanagedcare.com |

## Programa de Consejería, Asistencia e Información sobre Seguros de Salud (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP) (New York SHIP)

HIICAP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

| Método | Información de contacto |
|---|---|
| LLAME AL | 1-800-701-0501<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. |
| ESCRIBA A | Ciudad de New York:<br>New York City Department for the Aging<br>2 Lafayette Street<br>New York, NY 10007<br>www.nyc.gov/html/mail/html/maildfta.html<br><br>Condado de Nassau:<br>Nassau County Department of Senior Citizen Affairs<br>60 Charles Lindbergh Boulevard, Suite #260<br>Uniondale, NY 11553-3691<br>seniors@hhsnassaucountyny.us |
| SITIO WEB | www.aging.ny.gov |

Declaración de divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. 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, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.