



Evidencia de Cobertura de Hamaspik Medicare Select para 2026

H0034_HMSEOC0925_C

Hamaspik Medicare Select 2026 1 de enero – 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

Sus Beneficios y Servicios de Salud de Medicare y Cobertura de Medicamentos como Miembro de Hamaspik Medicare Select (HMO Dual-SNP)

Este documento le brinda información acerca de su Medicare y la cobertura de salud y medicamentos del Programa Medicaid del Estado de New York desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Manténgalo en una ubicación segura.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para entender:

- Nuestra prima de plan y el reparto de costos
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar un reclamo si no está conforme con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Para preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711). El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre al 31 de marzo y 1 de abril al 30 de septiembre. Nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Esta llamada es gratuita.

El presente plan, Hamaspik Medicare Select, es ofrecido por Hamaspik, Inc. (Cuando la Evidencia de Cobertura sugiere los términos “nosotros,” o “nuestro/a,” se refiere a Hamaspik, Inc. Cuando indica “plan” o “nuestro plan,” se refiere a Hamaspik Medicare Select).

This document is available for free in Spanish. Este EOC está disponible en español. Por favor, llame a servicios para miembros.

Si necesita recibir material en un formato alternativo, contacte a nuestros Servicios de Miembros al 1-888-426-2774. TTY 711.

Los beneficios, primas, deducibles, y/o copagos/coaseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, red de farmacia y/o proveedor de red podrían cambiar con el tiempo.

Le notificaremos sobre cualquier cambio que pueda afectarle con un mínimo de 30 días de antelación.

Tabla de Contenidos**Tabla de Contenidos**

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro	6
SECCIÓN 1 Usted es un miembro de Hamaspik Medicare Select	6
SECCIÓN 2 Requerimientos de elegibilidad del plan	7
SECCIÓN 3 Material relevante de membresía	9
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Hamaspik Medicare Select	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan	18
SECCIÓN 6 Mantener nuestro registro de membresía de plan actualizado	18
SECCIÓN 7 De qué forma trabajan otros seguros con nuestro plan	19
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	21
SECCIÓN 1 Contactos de Hamaspik Medicare Select.....	21
SECCIÓN 2 Conseguir ayuda de Medicare	25
SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro de Salud Estatal (SHIP)	26
SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad (QIO).....	27
SECCIÓN 5 Seguro Social	27
SECCIÓN 6 Medicaid	28
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos recetados	30
SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB)	33
SECCIÓN 9 Si tiene seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador	33
CAPÍTULO 3: Usar nuestro plan para sus servicios médicos	35
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	35
SECCIÓN 2 Uso de proveedores en la red de nuestro plan para obtener su atención médica	37
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios al momento de una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	41
SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si se le factura directamente por el costo total de proveedores cubiertos?	43
SECCIÓN 5. Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	44
SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución de atención de salud religiosa.....	46
SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero	47

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar) 49

SECCIÓN 1	Comprensión de sus gastos fuera del bolsillo para servicios cubiertos	49
SECCIÓN 2	La Tabla de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos.....	52
SECCIÓN 3	Servicios cubiertos fuera de Hamaspik Medicare Select	91
SECCIÓN 4	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan O Medicare O Medicaid.....	93

CAPÍTULO 5: Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D 96

SECCIÓN 1	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan	96
SECCIÓN 2	Surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de orden por correo de nuestro plan	97
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben figurar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan	100

Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan <https://prime7.adaptiverx.com/webSearch/index> para buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos y así obtener una estimación de lo que pagará y saber si existen medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que puedan tratar la misma condición. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711). 101

SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones a la cobertura	101
SECCIÓN 5	¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene cobertura de la forma en que usted lo desea	103
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año	105
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	107

Si usted recibe Ayuda Adicional para pagar sus recetas, el programa de Ayuda Adicional no pagará por los medicamentos que generalmente no tienen cobertura. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid podría ofrecer cobertura para medicamentos que normalmente no se cubren en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6). 108

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	108
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	109
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad de fármacos y administración de medicamentos	110
CAPÍTULO 6: Lo que usted paga para sus medicamentos de la Parte D		113
SECCIÓN 1	Lo que usted paga para sus medicamentos de la Parte D	113
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamento para los miembros de Hamaspik Medicare Select	115
SECCIÓN 3	Su Explicación de los beneficios de la Parte D aclara en qué etapa de pago se encuentra	116
SECCIÓN 4	La Etapa de Deducible	117
SECCIÓN 5	La Etapa de Cobertura Inicial	118
SECCIÓN 6	La Etapa de Cobertura Catastrófica	121
SECCIÓN 7	Lo que usted paga por vacunas de la Parte D	121
CAPÍTULO 7: Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura		123
SECCIÓN 1	Situaciones en las cuales debería solicitarnos que paguemos por sus servicios cubiertos o medicamentos	124
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que reciba	126
Hamaspik, Inc. Medicare Advantage P.O. Box 64806 St. Paul, MN 55164-0811		127
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no	127
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades		129
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales	129
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	135
CAPÍTULO 9 Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)		137
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o reclamo	137
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	138
SECCIÓN 3	Qué proceso utilizar para su problema	138
SECCIÓN 4	Gestionar problemas con sus beneficios de Medicare	139
SECCIÓN 5	Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones	139

Tabla de Contenidos

SECCIÓN 6	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	143
SECCIÓN 7	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	150
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que está siendo dado de alta demasiado pronto	160
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que cubramos ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto	164
SECCIÓN 10	Llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5	168
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	171
SECCIÓN 12	Gestionar problemas con sus beneficios de Medicaid	174
CAPÍTULO 10: Término de su membresía en nuestro plan		175
SECCIÓN 1	Dar término de su membresía en nuestro plan	175
Sección 2	¿Este capítulo se enfoca en finalizar su membresía en nuestro plan?	175
SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	178
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.....	179
SECCIÓN 5	Hamaspik Medicare Select debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones	180
CAPÍTULO 11: Anuncios legales.....		182
SECCIÓN 1	Notificación acerca de la ley vigente	182
SECCIÓN 2	Notificación acerca de la no discriminación	182
SECCIÓN 3	Notificación acerca los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare	182
CAPÍTULO 12: Definiciones		183

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es un miembro de Hamaspik Medicare Select

Sección 1.1 Usted está inscrito en Hamaspik Medicare Select, que es un Plan de Necesidades Especiales de Medicare

Usted tiene cobertura para Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y personas con una enfermedad renal en etapa terminal (falla renal).
- **Medicaid** es un programa de gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid depende del estado y del tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar por sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también pueden obtener cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no tengan cobertura por Medicare.

Usted ha optado por recibir su atención de salud de Medicare y Medicaid y su cobertura de medicamentos a través de nuestro plan, Hamaspik Medicare Select. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y Parte B. Sin embargo, el reparto de costo y acceso a proveedores en nuestro plan difiere de lo indicado por Original Medicare.

Hamaspik Medicare Select es un Plan Medicare Advantage especializado (un Plan de Necesidades Especiales), lo que significa que sus beneficios se diseñaron para personas con necesidades de atención médica especializada. Hamaspik Medicare Select se diseñó para personas que tienen Medicare y que tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

Debido a que recibe ayuda de Medicaid con los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de Medicare. Medicaid también puede brindar otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. También podría recibir Ayuda Adicional de Medicare para pagar por los costos de sus medicamentos de Medicare. Hamaspik Medicare Select le ayudará a gestionar todos estos beneficios, para que obtenga servicios de salud y la asistencia de pagos a la que tiene derecho.

Hamaspik Medicare Select está dirigido por una organización privada. Como todos los Planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales tiene la aprobación de Medicare. Nuestro

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

plan también tiene un contrato con el programa de New York Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace ofrecerle cobertura de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos.

Sección 1.2 Información legal acerca de la Evidencia de Cobertura

Esta Evidencia de Cobertura es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Hamaspik Medicare Select cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la Lista de Medicamentos Cubiertos (formulario), y cualquier anuncio que usted reciba de nosotros respecto a cambios para su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos anuncios en ocasiones se denominan cláusulas adicionales o enmiendas.

El contrato permanece vigente por los meses en los cuales usted figura inscrito en Hamaspik Medicare Select entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios a los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que cambiamos los costos y beneficios de Hamaspik Medicare Select después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) y el Programa Medicaid del Estado de New York deben dar su aprobación a Hamaspik Medicare Select. Usted puede continuar recibiendo cada año la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando sigamos ofreciendo nuestro plan y que Medicare y el Programa Medicaid del Estado de New York renueve nuestra aprobación del plan.

SECCIÓN 2 Requerimientos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requerimientos de elegibilidad

Usted es elegible para tener membresía en nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tenga la Parte A y Parte B de Medicare.
- Vivir en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.3). No se considera a las personas en prisión como residentes del área geográfica de servicio incluso si se encuentran físicamente ubicados en ella.
- Es un ciudadano estadounidense o tiene presencia legal en territorio estadounidense
- Usted cumpla con los requerimientos de elegibilidad especial descritos a continuación.

Requerimientos de elegibilidad especial para nuestro plan

Nuestro plan se diseñó para cumplir con las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa de gobierno federal y estatal conjunto que ayuda

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

con los gastos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para Medicare y Medicaid.

Nota: Si pierde su elegibilidad, pero tiene previsto razonablemente recuperar la elegibilidad dentro de 1 mes, entonces usted aún se considera elegible para membresía. El Capítulo 4, Sección 2.1 le indica acerca de la cobertura y el reparto de costos durante un período de elegibilidad considerada como continua).

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa de gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también deciden cómo dirigir sus programas siempre que sigan las pautas federales.

Además, Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos Programas de Ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B, y otros repartos de costos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Individuo Calificado (QI):** Ayuda a pagar primas de la Parte B.
- **Personas Funcionales y Discapacitadas Calificadas (QDWI):** Ayuda a pagar primas de la Parte A.

Sección 2.3 Área de servicio del plan para Hamaspik Medicare Select

Hamaspik Medicare Select está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en nuestra área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye tres condados en New York:

- Albany
- Bronx
- Columbia
- Dutchess
- Greene
- Kings (Brooklyn)
- Montgomery
- Nassau
- New York (Manhattan)
- Orange
- Putnam
- Queens

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Rensselaer
- Richmond (Staten Island)
- Rockland
- Schenectady
- Sullivan
- Ulster
- Westchester

Si planea trasladarse a un nuevo estado, debe contactar a la oficina de Medicaid en su estado y preguntar cómo este traslado afectará sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono para Medicaid aparecen en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento.

Si usted se traslada fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá permanecer como miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se traslada o cambia su dirección de correo postal. Contacte al Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (Usuarios TTY llamar al 1-800-325-0778).

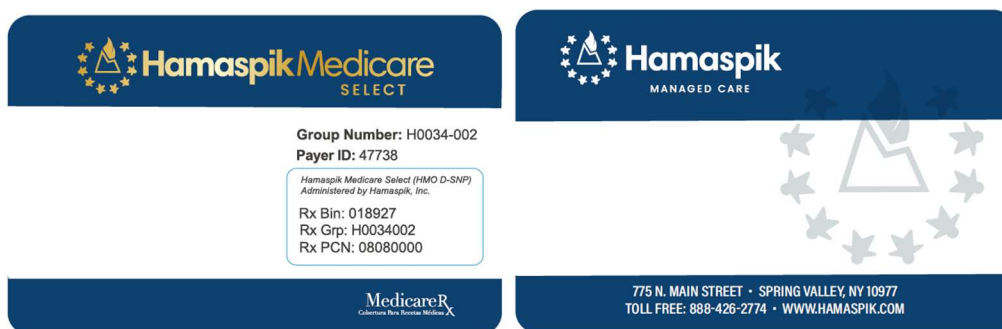
Sección 2.4 Ciudadanos con residencia legal en Estados Unidos

Usted debe ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos para ser un miembro del plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Hamaspik Medicare Select si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan en base a lo mencionado. Hamaspik Medicare Select debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Material relevante de membresía

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía siempre que obtenga servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Ejemplo de tarjeta de membresía:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

NO use su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Hamaspik Medicare Select, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Mantenga su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le podría solicitar que la muestre si usted necesita servicios de hospital, servicios de hospicio o participar en estudios de investigación clínica rutinarios aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de membresía de nuestro plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El Directorio de Proveedores <https://www.hamaspik.com/directory-search> enumera nuestros proveedores de red y suministros de equipo médico duradero. Los **proveedores de red** son médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, prestadores de equipo médico duradero, hospitales y otras instalaciones de atención de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier reparto de costos de plan como pago por completo.

Debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si se atiende en otro lugar sin la debida autorización deberá pagar el monto total. Las únicas excepciones son servicios necesarios de urgencia cuando la red no esté disponible (es decir, en situaciones donde sea poco razonable o no sea posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área, y casos en los cuales Hamaspik Medicare Select autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y prestadores en nuestro sitio web en <https://www.hamaspik.com/directory-search>

Si usted no tiene un Directorio de Proveedores, puede solicitar una copia (de manera electrónica o en formato impreso) de Servicios para Miembros llamando al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711). Los Directorios de Proveedores solicitados en formato impreso se enviarán por correo postal dentro de 3 días hábiles.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**Sección 3.3 Directorio de farmacia**

El Directorio de Farmacias <https://www.hamaspik.com/directory-search> enumera nuestras farmacias de red. Las **farmacias de la red** son aquellas que han acordado surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Utilice el Directorio de Farmacias para encontrar la farmacia de red que necesita. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información respecto a cuando puede usar farmacias que no se encuentren en la red de nuestro plan.

Si usted no tiene un Directorio de Farmacias, puede solicitar una copia de Servicios para Miembros llamando al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.hamaspik.com.

Sección 3.4 Lista de Medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una Lista de Medicamentos Recetados (también llamada la Lista de Medicamentos o formulario). Indica qué medicamentos recetados tienen cobertura en virtud del beneficio de la Parte D en Hamaspik Medicare Select. Los medicamentos que figuran en esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos debe cumplir con los requerimientos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precio de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos a menos que se hayan retirado y sustituido tal como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de Hamaspik Medicare Select.

La Lista de Medicamentos también le indica si existe alguna regla que restrinja la cobertura para un medicamento.

Le enviaremos una copia de la Lista de Medicamentos. 1-888-426-2774, TTY 711. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite <https://www.hamaspik.com/members/medicare-select#resources> o llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Hamaspik Medicare Select

	Sus costos en 2026
Primas mensuales de plan*	\$0
* Su prima puede ser más alta que este monto. Vaya a la Sección 4.1 para obtener detalles.	

	Sus costos en 2026
Deducible	\$615.00 excepto para insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.
Monto máximo fuera del bolsillo Este corresponde al monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte al Capítulo 4, Sección 1 para obtener detalles).	\$9250.00 Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo fuera del bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Visitas a consulta de atención primaria	20% por visita Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.
Visitas a consulta de especialista	20% por visita Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.

	Sus costos en 2026
Hospitalizaciones	<ul style="list-style-type: none">• Deducible de \$1,676• Días 1-60: \$0 por día• Días 61-90: \$419 por día• 91 días y más: \$838 al día por cada “día de reserva de vida” (hasta 60 días durante su vida). [Cada día después de que utilice todos sus días de reserva de por vida: Usted paga todos los costos. <p>Estos son los montos de reparto de costos de 2025 y podrían cambiar en 2026. Le haremos entrega de los montos actualizados tan pronto como estén disponibles.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p>
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte al Capítulo 6, Sección 4 para obtener detalles).	\$615.00 salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D.

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener detalles, incluido el Deducible anual, Cobertura inicial y Etapas de cobertura catastrófica).	Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial: Medicamentos de Nivel 1: Dependiendo del nivel de “ayuda adicional”, usted puede pagar los siguientes montos por sus medicamentos: <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos genéricos: copago de \$0 o \$1.60, o copago de \$5.10, o no más del 25% de coaseguro por receta.• Medicamentos de marca: copago de \$0 o \$4.90, o copago de \$12.65, o no más del 25% de coaseguro por receta. Notas: Todos los medicamentos recetados cubiertos figuran en un Nivel único. El reparto de costo se fundamenta en su nivel de “Ayuda adicional”. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Etapa de Cobertura Catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos podrían contemplar lo siguiente:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima Mensual Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por Inscripción Tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de Ajuste Mensual Asociado a Ingresos (Sección 4.4)
- Monto del Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del Plan

Usted no paga una prima mensual de plan separada para Hamaspik Medicare Select.

Si ya obtiene ayuda de uno de estos programas, **la información acerca de las primas en esta Evidencia de Cobertura podría no aplicarse a su persona.** Le enviamos un documento separado, llamado Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados (también conocida como Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos o la Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula Adicional LIS.

En algunas situaciones, nuestra prima del plan podría ser menor.

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Estos incluyen Ayuda Adicional y Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal. Puede encontrar más información sobre estos programas en el Capítulo 2, Sección 7. Si usted califica, la inscripción en uno de estos programas podría reducir su prima mensual del plan.

Las primas de la Parte B y Parte D de Medicare difieren para personas con distintos niveles de ingresos. Si tiene preguntas acerca de estas primas, revise su copia del manual Medicare y Usted 2026, en la sección denominada Costos de Medicare para 2026. Descargue una copia del sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) u ordene una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima Mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Hamaspik Medicare Select, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También podría incluir una prima para la Parte A, en caso de que no sea elegible para tener la Parte A con prima gratuita.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 4.3 Multa por Inscripción Tardía de la Parte D

Debido a que puede optar a doble elegibilidad, la Multa por Inscripción Tardía (o LEP) no se aplica siempre y cuando usted mantenga su estado de elegibilidad doble, pero si pierde dicha condición, podría ser objeto de LEP. La multa de inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después del periodo de inscripción inicial, existió un periodo de 63 días consecutivos o más en el cual usted no contaba con cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos. La cobertura de medicamentos recetados acreditable es un tipo de cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta penalización siempre y cuando tenga cobertura de la Parte D.

Usted **no** tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si:

- Obtiene Ayuda Adicional de Medicare para ayudarle a pagar sus costos de medicamentos.
- Transcurrieron menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o Administración de la Salud para Veteranos (VA)). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le indicará cada año si su cobertura de medicamentos corresponde a una cobertura acreditable. Puede obtener esta información en una carta o boletín de ese plan. Mantenga esta información, ya que podría necesitarla si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** El anuncio debe indicar que usted tuvo una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera pague tanto como el plan de medicamentos estándar de Medicare paga.
 - **Nota:** Tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web con descuento en medicamentos no corresponden para cobertura medicamentos recetados acreditable.

Medicare determina el monto de multa por inscripción tardía en la Parte D. Así es como funciona:

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que se demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuese elegible para inscribirse. O cuente la cantidad de meses completos en los que no contaba con una cobertura de medicamentos acreditable, si la brecha en la cobertura fue de 63 días o más. La penalización es del 1% por cada mes en el que usted no contaba con cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasó 14 meses sin cobertura, el porcentaje de penalización ascenderá al 14%.
- Luego Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de cobertura para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima de beneficiario básica nacional). Para 2025, este monto de prima promedio es de \$36.78. Este monto podría cambiar en 2026.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Para calcular su penalización mensual, multiplique el porcentaje de penalización por la prima de beneficiario básica nacional y redondéela a los 10 céntimos más cercanos. En el ejemplo señalado, sería 14% veces \$36.78, lo que da un total de \$5.149. Esto se redondea a \$5.15. Este monto se añadirá a la **prima mensual del plan para algunos con una multa por inscripción tardía en la Parte D**.

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

- **La multa puede cambiar cada año**, debido a que la prima de beneficiario base nacional puede variar cada año.
- **Seguirá pagando una multa** cada mes siempre y cuando esté inscrito en un plan que tenga beneficios por medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de planes.
- Si es menor de 65 y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura tras su periodo de inscripción inicial por envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. En líneas generales, usted debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** a partir de la fecha en la primera carta que reciba indicándole que pague una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si tuviera que pagar una multa antes de unirse a nuestro plan, es probable que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de dicha multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de Ajuste Mensual Asociado a Ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en los ingresos, algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, (IRMAA). El cobro adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si el monto se sitúa por encima de cierta cantidad, usted pagará el monto de la prima estándar y el importe IRMAA adicional. Para obtener más información respecto al importe adicional que tenga que pagar en base a su ingreso, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si usted tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta indicándole cuál será su monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficio del Seguro Social, Junta de Retiro Ferroviario u Oficina de Gestión de Personal, independiente de cómo usted pague generalmente por nuestra prima de plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el importe adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, Medicare le emitirá una factura. **Usted debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No puede pagarse con su prima de plan mensual. Si**

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

usted no paga el IRMA adicional, se cancelará su inscripción de nuestro plan y perderá su cobertura de medicamentos recetados.

Si no está conforme con el pago de un IRMA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar más acerca de esto, contacte al Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (Usuarios TTY llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.6 Monto del Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare

Si está participando en el Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes usted pagará nuestra prima del plan (si tiene una) y obtendrá una factura de su plan de salud o medicamentos para sus medicamentos recetados (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted adeuda por cualquier receta que obtenga, además de sus saldos mensuales anteriores, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

Puede encontrar más información sobre el Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare en el Capítulo 2, Sección 7. Si no está conforme con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir estos pasos en el Capítulo 9 para realizar un reclamo o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Nuestra prima mensual no cambiará durante el año

No tenemos permitido cambiar nuestra prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, le avisaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que no tenga que pagar una multa por inscripción tardía, si adeudare una, o podría tener que comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si usted es elegible para Ayuda Adicional o si pierde su elegibilidad para Ayuda Adicional durante el año.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía de la Parte D y adquiere elegibilidad para recibir Ayuda Adicional durante el año, usted podría dejar de pagar su penalización.
- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos.

Puede averiguar más acerca de Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener nuestro registro de membresía de plan actualizado

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura de su plan específico, incluido su Proveedor de Atención Primaria.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para conocer los servicios y los medicamentos que tienen cobertura y sus montos de reparto de costos**. Debido a esto, es muy importante para ayudarnos a mantener su información actualizada.

Infórmenos si tiene alguno de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección, o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ej., de su empleador, su cónyuge, empleador de pareja de hecho, indemnización laboral o Medicaid)
- Cualquier demanda de responsabilidad, por ej., demandas a raíz de un accidente automotriz
- Si se le admite en una residencia de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera de la red o fuera del área
- Si cambia su persona responsable designada (como un cuidador)
- Si participa de un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es necesario que le informe a nuestro plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que tenga la intención de participar, pero le recomendamos hacerlo).

Si algo de esta información cambia, indique la situación llamando a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se traslada o cambia su dirección de correo postal. Contacte al Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (Usuarios TTY llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 De qué forma trabajan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige reunir información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios en virtud de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura médica o medicamentos de la que sepamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga algo. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711). Es posible que deba dar nuestro número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal del empleador), las reglas establecidas por Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (“pagador principal”) paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, (el “pagador secundario”) solo paga si existen costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es probable que el pagador secundario no pague todos los costos sin cobertura. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Estas normativas se aplican para la cobertura de empleador o de plan de salud grupal sindical:

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare según su edad, discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted (o un miembro de su familia) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios de pulmón negro
- Indemnización laboral

Medicaid y TRICARE jamás pagan primero por servicios cubiertos de Medicare. Sólo pagan después de que Medicare y/o los planes de salud grupal del empleador hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Hamaspik Medicare Select

Para recibir asistencia con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembros, llame o escriba a Servicios para Miembros de Hamaspik Medicare Select. Con gusto le ayudaremos.

Servicios para Miembros – Información de Contacto

Llamada	1-888-426-2774 Las llamadas a este número son gratuitas. El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Los Servicios de Miembros 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) también tienen servicios de intérprete lingüístico gratuito para quienes hablen un idioma que no sea inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
Fax	1-845-503-1900
Escribir a	Hamaspik Medicare Choice 775 North Main Street Spring Valley, NY 10977 Puede enviarnos un correo electrónico a: memberservices@hamaspikchoice.org
Sitio web	www.hamaspik.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelación acerca de su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o respecto al monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es un conducto formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones acerca de su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica – Información de Contacto

Llamada	1-888-426-2774 El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
Fax	1-845-503-1920
Escribir a	Hamaspik Medicare Select 775 North Main Street Spring Valley, NY 10977 Puede enviarnos un correo electrónico a: MedicareRequests@hamaspikchoice.org
Sitio web	www.hamapsik.com

Decisiones de Cobertura y Apelaciones para Medicamentos de la Parte D – Información de Contacto

Llamada	1-888-426-2774 El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
TTY	711

	Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
Fax	1-845-503-1920
Escribir a	Hamaspik, Inc. ATTN: MPD - 1000UR PO. Box 64806 St. Paul, MN 55164-0811
Sitio web	www.hamaspik.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de las farmacias o proveedores de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de pago o cobertura. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Reclamos sobre Atención Médica – Información de Contacto

Llamada	1-888-426-2774 Las llamadas a este número son gratuitas. El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
Fax	1-845-503-1920
Escribir a	Hamaspik Medicare Select 775 North Main Street Spring Valley, NY 10977

	Puede enviarnos un correo electrónico a: MedicareRequests@hamaspikchoice.org
Sitio web de Medicare	Para enviar una queja sobre Hamaspik Medicare Select directamente a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que obtuvo

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de proveedor) que usted cree que deberíamos pagar, usted podría tener que pedirnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar a nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de Pago – Información de Contacto

Llamada	1-888-426-2774. El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.
Fax	1-845-503-1900
Escribir a	Envíe las solicitudes de pago de la Parte C de Hamaspik a: Hamaspik Medicare Select Attn: Departamento de Reclamos 775 North Main Street Spring Valley, NY 10977 Email: claimsprocessing@hamaspikchoice.org Envíe las solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D a: Hamaspik, Inc. Medicare Advantage

	P.O. Box 64806 St. Paul, MN 55164-0811
Sitio web	www.hamaspik.com

SECCIÓN 2 Conseguir ayuda de Medicare

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 con discapacidades y personas con una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (falla renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare corresponde a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – Información de Contacto

Llamada	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas del día, 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escribir a	Escriba a Medicare a la dirección PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov <ul style="list-style-type: none">• Obtenga información sobre los planes de medicamentos y salud de Medicare en su área, incluyendo sus costos y los servicios que ofrecen.• Busque médicos que participen de Medicare u otros proveedores o profesionales de la salud.• Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como análisis, vacunas y visitas anuales de “Bienestar”).• Obtenga formularios e información de apelaciones de Medicare.• Obtenga información sobre la calidad de atención entregada por los planes, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, instalaciones de diálisis, centros de hospicio, instalaciones de rehabilitación y hospitales de atención a largo plazo.• Busque sitios web de utilidad y números de teléfono.

También puede visitar www.Medicare.gov para informar a Medicare acerca de cualquier reclamo que tenga sobre Hamaspik Medicare Select.

Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare se toma su reclamo en serio y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia de Seguro de Salud Estatal (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa de gobierno con consejeros capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas a sus preguntas de Medicare. En el Estado de New York, SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (HIICAP).

El Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (HIICAP) es un programa estatal independiente (sin relación con ninguna compañía de seguro o plan de salud) que consigue dinero del gobierno federal para ofrecer asesoría de seguro de salud gratuito a personas con Medicare.

Los consejeros del Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (HIICAP) pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, realizar reclamos acerca de su atención médica o tratamiento y ayudarle a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros del Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos también pueden ayudarle con las preguntas o problemas de Medicare, ayudarle a comprender sus alternativas del plan Medicare y a responder preguntas sobre el cambio de plan.

El Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (HIICAP) – Información de Contacto

Llamada	1-800-701-0501
TTY	711
Escribir a	New York State Office for the Aging Two Empire State Plaza Agency Building #2 Albany NY 12223-1251 CORREO ELECTRÓNICO: NYSOFA@aging.ny.gov
Sitio web	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs

SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad (QIO)

Una Organización de Mejora de la Calidad (QIO) para atender a las personas con Medicare en cada estado. Para el Estado de New York, la Organización de Mejora de la Calidad se denomina Commence Health. Commence Health cuenta con un grupo de médicos y otros especialistas de la salud que reciben pago de Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de atención para personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No tiene relación con nuestro plan.

Contacte a Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene un reclamo acerca de la calidad de atención que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención contemplan obtener medicación errónea, pruebas o procedimientos innecesarios o un mal diagnóstico.
- Cree que la cobertura para su estancia hospitalaria acabará pronto.
- Cree que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Commence Health (Organización de Mejora de la Calidad del Estado de New York) – Información de Contacto

Llamada	1-866-815-5440 Los horarios son de lunes a viernes de 9 am a 5 pm, y sábado, domingo y festivos, de 10 am a 4 pm. Está disponible el servicio de correo de voz de 24 horas.
TTY	711
Escribir a	Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio web	https://www.livantaqio.cms.gov/en/Provider/Contact_Information

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D a causa de tener un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social informándole que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informarles.

Social Social – Información de Contacto

Llamada	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Las personas con doble elegibilidad son aquellos que califican para Medicare y Medicaid. Como persona con doble elegibilidad, usted es elegible para beneficios en virtud del programa federal de Medicare y el programa Medicaid del Estado de New York. Medicaid es un programa de gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, para los miembros que reciben todos los beneficios de Medicaid, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B, y otros repartos de costos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Individuo Calificado (QI):** Ayuda a pagar primas de la Parte B.
- **Personas Funcionales y Discapacitadas Calificadas (QDWI):** Ayuda a pagar primas de la Parte A.

Si tiene preguntas acerca de la ayuda que obtiene de Medicaid, comuníquese con

Programa Medicaid del Estado de New York) – Información de Contacto

Llamada	1-800-541-2831 Lunes a viernes 8:00AM-8:00PM, Sábado 9:00AM-1:00PM
TTY	711
Escribir a	Puede escribir a su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Busque la dirección de su LDSS en: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss
Sitio web	www.health.ny.gov/health_care/medicaid

La Red Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicios o facturación. Pueden ayudar a presentar un reclamo o una apelación a nuestro plan.

Red Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN) – Información de Contacto

Llamada	1-844-614-8800. Lun.-Vie. 9:00 AM - 5:00 PM
TTY	711
Escribir a	Red de Independiente de Defensa al Consumidor (ICAN). Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: ican@cssny.org
Sitio web	www.icannys.org

El Programa de Defensor del Pueblo para Atención a Largo Plazo del Estado de New York ayuda a las personas a obtener información sobre los asilos de ancianos y resolver problemas entre las residencias de ancianos y los residentes o sus familias.

El Programa de Defensor del Pueblo para Atención a Largo Plazo del Estado de New York – Información de Contacto

Llamada	1-855-582-6769 Lun.-Vie. 9:00 AM – 5:00 PM
Escribir a	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 EMAIL: ombudsman@aging.ny.gov
Sitio web	

www.aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos recetados

El sitio web Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre cómo reducir sus costos de medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda Adicional de Medicare

Si tiene preguntas acerca de la Ayuda Adicional, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- 1-800-772-1213 para contactar a la Oficina del Seguro Social, entre las 8 am a 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- Su Oficina Estatal de Medicaid al 1-800-541-2831 Lunes a viernes 8:00AM-8:00PM, Sábado 9:00AM-1:00PM

Si cree que está pagando un monto incorrecto por sus recetas en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener evidencia de su monto de copago indicado. Si ya dispone de evidencia en torno al monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Llame a Servicios para Miembros al 888-426-2774 para recibir ayuda para resolver sus problemas. (Usuarios TTY deben llamar al 711). Podemos ayudarle a determinar la evidencia de su cobertura de Medicaid que sea necesaria y podemos trabajar con Medicare para actualizar sus registros. Cuando recibamos la evidencia que muestre el nivel de copago adecuado, actualizaremos nuestro sistema para que podamos pagar el monto de copago correcto al obtener su próxima receta. Si usted paga demás por su copago, le reembolsaremos, sea mediante cheque o un crédito de copago a futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ellos, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado paga en su nombre, podríamos efectuar los pagos directamente al estado. Llame a Servicios de Miembros al 1-888-426-2774 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar por recetas, primas de plan de medicamentos u otros costos por medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

El programa de asistencia farmacéutica del Estado de New York se denomina Cobertura de Seguro Farmacéutico para Adultos Mayores (o EPIC). Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o en cualquier otro programa que brinde cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea “Ayuda Adicional”), usted aún podría ser elegible para un descuento adicional obtiene en medicamentos de marca cubiertos.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también figuran en el formulario ADAP califican para ayuda de reparto de costos para recetas a través del Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) del Estado de New York.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y tener una condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Si cambia de planes, notifique al encargado de inscripciones ADAP local para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame **dentro del Estado** - al número gratuito 1-800-542-2437 o 1-844-682-4058

Fuera del estado - (518) 459-1641.

Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal

Muchos estados tienen Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de la necesidad económica, la edad, la afección médica o las discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En New York, el Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado corresponde a la Cobertura de Seguro Farmacéutico para Adultos Mayores (EPIC).

El Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado de New York corresponde a la Cobertura de Seguro Farmacéutico para Adultos Mayores (EPIC). (Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado)] – Información de Contacto

Llamada	Llame al 1-800-332-3742 de 8:00AM a 5:00PM, lunes a viernes
TTY	1-800-290-9138
Escribir a	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018 Email: nysdohepic@primetherapeutics.com .

Sitio web | https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a gestionar sus costos fuera del bolsillo para medicamentos cubiertos por nuestro plan al esparcirlos durante el transcurso del **año calendario** (enero a diciembre). Cualquier con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como el plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta alternativa de pago podría ayudarle a gestionar sus gastos, pero no ahorra su dinero o reduce sus costos por medicamentos. Si está participando en el Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación será renovada de forma automática para 2026.** La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, reporta más ventajas que la participación en el Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare. Para informarse más acerca de esta alternativa de pago, llame al Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.

Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare – Información de Contacto

Llamada	1-888-426-2774 Las llamadas a este número son gratuitas. El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Los Servicios de Miembros 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) también tienen servicios de intérprete lingüístico gratuito para quienes hablen un idioma que no sea inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las llamadas a este número son gratuitas. El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes.
Fax	1-845-503-1900
Escribir a	Hamaspik Medicare Select 775 North Main Street Spring Valley, NY 10977

Sitio web	www.hamaspik.com
------------------	--

SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra los programas de beneficio integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familiares. Si obtiene Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, debe informarles sobre alguna mudanza o cambio en su dirección postal. Para preguntas respecto a sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Junta de Retiro Ferroviario (RRB) – Información de Contacto

Llamada	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9:00 am a 3:30 pm, los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 am a 12:00 pm los miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automática de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al empleador/administrador de beneficios del sindicato o a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios (o los de su cónyuge o pareja de hecho) de salud, primas o el periodo de inscripción de empleador o jubilado. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) con preguntas sobre su cobertura de Medicare en virtud de este plan. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El

administrador de beneficios puede ayudarle a entender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener su atención médica. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para obtener información adicional sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánta paga cuando recibe atención.

Sección 1.1 Proveedores de red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de red** son médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones de atención de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de reparto de costos como pago completo. Hemos dispuesto que estos proveedores entreguen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan de forma directa por la atención que le entregan. Cuando usted consulta un proveedor de la red, usted no paga nada o solo su parte del costo por los servicios cubiertos.
- **Servicios cubiertos** incluye toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipo y medicamentos recetados que tengan cobertura por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se abordan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica de nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, Hamaspik Medicare Select debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare además de estos servicios además de los cubiertos por Original Medicare. Consulte el Capítulo 4, Sección 2 para obtener más información.

Hamaspik Medicare Select habitualmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe se incluye en la Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipo o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para tener más información).
 - En la mayoría de las situaciones, el plan debe darle una aprobación previa (una referencia) antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Consulte la Sección 2.3 para obtener más detalles.
 - No se requieren remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia. Para aprender sobre otros tipos de atención que puede obtener sin requerir autorización por adelantado de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir su atención de un proveedor de red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de nuestra red del plan) no tendrá cobertura. Esto significa que usted deberá pagar al proveedor la totalidad por los servicios que obtiene. Estas son tres excepciones:
 - Nuestro plan cubre atención de emergencia o servicios necesarios de urgencia que usted obtiene de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información, y saber qué es una emergencia o servicios necesarios de urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que presten dicha atención, puede obtener dicha atención médica de un proveedor fuera de la red al mismo reparto de costo que pagaría normalmente dentro de la red. Necesitará recibir autorización previa de nuestro plan antes de consultar a un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos tales servicios, tal como si obtuviera la atención de un proveedor de red. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio esté temporalmente no disponible o fuera de acceso. El reparto de costo que usted paga a nuestro plan para diálisis jamás debe exceder el reparto de costo en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene el servicio de diálisis de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan, su reparto de costo no puede exceder el reparto de costo que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis está temporalmente fuera de servicio y usted opta por conseguir servicios dentro de nuestra área de servicios de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su reparto de costo por la diálisis podría ser mayor.

SECCIÓN 2 Uso de proveedores en la red de nuestro plan para obtener su atención médica

Sección 2.1 Usted debe elegir un Proveedor de Atención Primaria (PCP) que proporcione y supervise su atención

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

Un Médico de Cabecera (PCP) es su médico principal. Su PCP es la persona que lo ayudará con cualquier cosa, desde un resfriado, su examen físico anual o las pruebas preventivas de rutina que pueda necesitar. Su PCP coordinará muchos de los servicios que reciba como miembro de Hamaspik Medicare Select. Si tiene problemas médicos complicados, su PCP trabajará con los especialistas que necesita y se asegurará de que no estén duplicando pruebas o procedimientos que hayan sido realizados por otros especialistas.

Su PCP es un médico certificado por la junta, que ha cumplido con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como miembro de Hamaspik Medicare Select, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.

En diversas situaciones, su PCP podría derivarlo a otro proveedor para recibir parte de su atención, aunque una referencia no es un requisito de Hamaspik Medicare Select. Entre los tipos de servicios que su PCP podría coordinar se incluyen:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Admisiones de hospital

Cómo elegir un PCP

Al inscribirse en Hamaspik Medicare Choice, debe seleccionar un PCP. Durante el proceso de admisión nuestro equipo de Admisiones trabajará con usted para seleccionar un PCP que se encuentre dentro de nuestra red de proveedores. La información sobre su elección de PCP se incluye en su tarjeta de identificación.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier razón, en cualquier momento. También es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que buscar un nuevo PCP. Si cambia su PCP, el nuevo PCP debe ser un proveedor dentro de la red de proveedores de Hamaspik Medicare Select. Si el PCP no está en la red de proveedores, se considera que el PCP está fuera de la red y usted podría ser responsable de los cargos, a menos que obtenga aprobación de Hamaspik Medicare Select para continuar empleando los servicios de este PCP. Puede ver una lista de los PCP en la red de Hamaspik Medicare Select revisando el Directorio de Proveedores y Farmacias en <https://www.hamaspik.com/directory-search..> Una vez que haya revisado la lista de proveedores en

su área, llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono de Servicios para Miembros se encuentra impreso en la contraportada de este manual.

Si su PCP abandona nuestra red, tendrá que elegir un nuevo PCP. Si sabemos de antemano que su PCP abandonó nuestra red, le enviaremos una carta para notificarle e informarle que deberá seleccionar un nuevo PCP. Su nuevo PCP entrará en vigencia tan pronto como lo seleccione. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros si desea cambiar su PCP. Servicios para Miembros actualizará su registro de membresía con el nombre de su nuevo PCP y le enviaremos una nueva tarjeta de identificación con el nombre y número de teléfono del PCP.

Si se encuentra en el curso de un tratamiento y su proveedor abandona la red, comuníquese con Servicios para Miembros sobre la atención de transición. La transición de la atención permite que los pacientes con ciertas afecciones médicas continúen su tratamiento con proveedores no participantes, al nivel de beneficios de la red, durante un período de tiempo específico dentro de la red. Se podría requerir autorización previa para estos servicios. En esta situación, cubriremos tales servicios, tal como si obtuviera la atención de un proveedor de red O sin costo para usted. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

Sección 2.2 Atención médica que usted puede obtener sin referencia de PCP

Puede obtener los servicios enumerados a continuación sin autorización previa anticipada de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, incluidos los exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre que los obtenga de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Los servicios necesarios de urgencia cubiertos por el plan son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero no de emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si fuera poco razonable a raíz de su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios necesarios de urgencia son enfermedades médicas y lesiones imprevistas o brotes fortuitos de condiciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedor, (como chequeos anuales) no se consideran necesidades de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red estuviere temporalmente fuera de servicio.
- Los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) antes

de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera.

- Pruebas de diagnóstico rutinarias
- Atención médica entregada por su PCP o un especialista.
- Todos los servicios por abuso de sustancias y salud mental ambulatorios.
- Exámenes oculares, anteojos y lentes de contacto. Se aplican restricciones adicionales. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.
- Exámenes dentales, limpiezas y radiografías. Se aplican restricciones adicionales. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información.
- Todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Atención de oncólogos para pacientes con cáncer
- Atención de cardiólogos para pacientes con afecciones cardíacas
- Atención de ortopedistas para pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares

Como miembro de Hamaspik Medicare Select, usted no necesita una remisión de su PCP para consultar a un médico, especialista u hospital de la red. Su PCP es la persona ideal para aconsejarle cuando necesite uno de estos servicios. Su PCP puede darle su recomendación y asesorarle como parte de su coordinación de atención médica. Sin embargo, puede recibir servicios de cualquier proveedor de la red de Hamaspik Medicare Select. **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).

Para servicios que requieran una autorización previa, Hamaspik Medicare Select tomará estas decisiones cuando estas sean necesarias. Nos adherimos a las directrices de cobertura de Medicare y a otros estándares clínicos para poder tomar estas decisiones. Si necesita un servicio que requiere autorización previa, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711). Su médico también puede ayudarlo a solicitar una autorización previa cuando sea necesario. Consulte el Capítulo 4 para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios que se encuentra en el Capítulo 4.

Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, puede solicitar al plan antes de la prestación de un servicio si el plan lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación esté por escrito. A este proceso se le llama determinación avanzada. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted o su proveedor, tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. El Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de

cobertura, apelaciones, quejas) tiene más información acerca de qué hacer si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o desea apelar a una decisión que ya se haya tomado.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) en nuestra red del plan durante el año. Si su médico o especialista abandonan su plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le avisaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de escoger un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si usted visitó a ese proveedor dentro de los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus demás proveedores abandona nuestro plan, le enviaremos una notificación si usted está asignado al proveedor, actualmente recibe atención de ellos o si los ha visitado dentro de los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a escoger un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar su atención.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor vigente, usted tiene derecho a pedir que continúe su tratamiento médicamente necesario o terapias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le brindaremos información respecto a los periodos de inscripción y opciones disponibles para cambiar de planes.
- Cuando un proveedor dentro de la red o beneficio no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, haremos los arreglos pertinentes para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores a un reparto de costo dentro de la red. Se requiere autorización previa.
- Si descubre que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que gestione su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar un reclamo por la calidad de atención a QIO, una reclamación a la calidad de atención al plan, o ambos. (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Generalmente, debe obtener su tratamiento de proveedores de la red. Los miembros pueden obtener servicios de proveedores fuera de la red en las siguientes situaciones:

- Atención de emergencia, atención de urgencia y diálisis fuera del área
- Los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Necesita un servicio especial que no está disponible a través de uno de los proveedores de nuestra red. En esta situación, no es obligación que obtenga una autorización antes de recibir sus servicios. Si obtiene atención rutinaria de un proveedor fuera de la red sin la aprobación previa de Hamaspik Medicare Select, usted será responsable de los costos.

Para obtener más información o disponer de otros servicios, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios al momento de una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir su pérdida de la vida (y, si es mujer embarazada, la pérdida de un hijo), la pérdida de una extremidad o la pérdida o discapacidad grave de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. No necesita obtener una aprobación o una referencia primero de su PCP. No es necesario que emplee un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red.
- También tiene cobertura para servicios de emergencia y atención de urgencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos, por hasta \$50,000 al año. Contacte a servicios para miembros para obtener más información acerca de este beneficio.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya recibido noticias sobre su emergencia.** Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de 48 horas. Llámenos al 1-888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711). Las llamadas a estos números son gratuitas. El personal de Servicios para Miembros está disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre al 31 de

marzo. Desde el 1 de abril al 30 de septiembre, el personal está disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuando su condición sea estable y la emergencia médica haya terminado.

Una vez que haya pasado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe estable. Sus médicos seguirán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y formulen planes para atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

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

En ocasiones puede ser difícil distinguir si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir para recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional sólo si la recibe de una de estas 2 formas:

- Consulta a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera servicios necesarios de urgencia y usted sigue las reglas debajo para recibir esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Obtener atención al momento de tener una necesidad urgente de servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no de emergencia) es un servicio necesario de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si fuera poco razonable a raíz de su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios necesarios de urgencia son enfermedades médicas y lesiones imprevistas o brotes fortuitos de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedor, como chequeos anuales, no se consideran necesidades de urgencia incluso si

usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del plan está temporalmente fuera de servicio.

Siempre debe intentar obtener los servicios necesarios de urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias en <https://www.hamaspik.com/directory-search> para obtener una lista de los centros de atención de urgencia disponibles en nuestra red o llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda. El número de teléfono se encuentra en la contraportada de este folleto.

Nuestro plan cubre servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias. También tiene cobertura por hasta \$50,000 al año en atención de emergencia y servicios de urgencia, incluido el transporte de emergencia, cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Cuando reciba servicios fuera de los EE. UU., usted deberá pagar por ellos y luego solicitar reembolso de Hamaspik Medicare Select.

Sección 3.3 Obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. 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 nuestro plan.

Visite www.hamaspik.com para obtener información acerca de cómo conseguir la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5.

SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si se le factura directamente por el costo total de proveedores cubiertos?

Si pagó en exceso del costo compartido de nuestro plan por servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos pagar nuestra parte de los costos por servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios

Hamaspik Medicare Select cubre todos los servicios médicamente necesarios que se indican en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, u obtiene servicio fuera de la red sin autorización, usted es responsable por el pago del costo total de servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. [

Para todos los servicios cubiertos por el plan, su costo fuera del bolsillo para estos beneficios después de haber alcanzado el límite de beneficio no se contabilizará con respecto a su límite máximo anual fuera del bolsillo de \$9,250. Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto de su límite de beneficio ya ha utilizado. El número de teléfono para Servicios para Miembros está impreso en la contraportada de este manual.

SECCIÓN 5. Servicios médicos 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 una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica tienen la aprobación de Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan la participación de voluntarios en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos informa de su participación en un ensayo clínico calificado, usted es el único responsable por el reparto de costos dentro de la red para los servicios de dicho ensayo. Si paga más, por ejemplo, si ya ha pagado el monto de reparto de costos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el reparto de costos dentro de la red. Deberá presentar la documentación para demostrarnos cuánto ha pagado.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren una prueba clínica o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieran cobertura con el desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivo investigativo (IDE). Estos beneficios podrían estar sujetos a autorización previa y otras normativas del plan).

Aunque no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le instamos a notificarnos con antelación cuando decida participar de ensayos clínicos calificados de Medicare.

Si participa en un estudio que no se haya aprobado por Medicare, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

Sección 5.2 ¿Quién paga por los servicios en un estudio de investigación clínica?

Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen:

- Alojamiento y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare paga su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si obtuvo estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, usted debe presentar la documentación que indique cuánto ha pagado del costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre la tramitación de solicitudes de pago.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Su reparto de costos por esta prueba cuesta \$20 en virtud de Original Medicare, pero la prueba costaría \$10 bajo nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos el copago de \$20 requerido en virtud de Original Medicare. Usted notificaría a nuestro plan de la recepción de un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría la documentación (como una factura de proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan luego le pagaría a usted directamente \$10. Gracias a esto su pago neto por la prueba es de \$10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

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

- Generalmente, Medicare no pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted no participa en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte de un estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.
- Artículos y servicios entregados por los patrocinadores de la investigación sin cobro para personas en el ensayo.

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación Medicare y Estudios de Investigación

Clínica en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución de atención de salud religiosa

Sección 6.1 Una institución de atención de salud religiosa no médica

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es un centro que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar brindaremos cobertura en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. Este beneficio se entrega solo para servicios intrahospitalarios de la Parte A (servicios de atención de salud no médicos).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución de atención de salud religiosa no médica

Para recibir atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que **no está exento**.

- La atención o tratamiento médico **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico que sea voluntario y no necesario por cualquier legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exento** es la atención médica o el tratamiento que recibe que no es voluntario o se requiere en virtud de la legislación federal, estatal o local.

Para tener cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan sólo cubre aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos para la atención hospitalaria para pacientes internados o la atención en un centro de enfermería especializada.
 - – y – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro o su estadía no estará cubierta.

No se aplican límites de Cobertura Intrahospitalaria Médica. Consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 de esta Evidencia de Cobertura para obtener más información.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 Usted no tendrá la propiedad del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos en virtud de nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para que los miembros lo utilicen en su hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos DME, como prótesis. Otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarios del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. **Como miembro de Hamaspik Medicare Select, usted no adquirirá la propiedad de los artículos DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No adquirirá la propiedad, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME en virtud de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. Llame a nuestros Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 TTY 711

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

Si no adquirió la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para ser propietario del artículo. Los pagos que usted realizó cuando estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos efectuados en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted no adquirió la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Entonces, debe regresar a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir el artículo una vez que se haya unido nuevamente a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Reglas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Hamaspik Medicare Select cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno

- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones de equipo de oxígeno

Si abandona Hamaspik Medicare Select o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse.

¿Qué ocurre si abandona nuestro plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare requiere un proveedor de oxígeno para ofrecer sus servicios por 5 años. Durante los primeros 36 meses que alquila el equipo. Los restantes 24 meses que el proveedor ofrece el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable por el copago por oxígeno). Después de 5 años, usted puede optar por quedarse con la misma compañía o buscar otra. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si usted permanece con la misma compañía, lo cual le obliga a pagar los copagos durante los primeros 36 meses. Si usted se une o abandona nuestro plan, el ciclo de 5 años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

SECCIÓN 1 Comprensión de sus gastos fuera del bolsillo para servicios cubiertos

La Tabla de Beneficios Médicos explica sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Hamaspik Medicare Select. Esta sección también le entrega información sobre servicios médicos que no tienen cobertura y explica los límites a determinados servicios.

Sección 1.1 Costos fuera del bolsillo que podría pagar por medicamentos cubiertos

Debido a que obtiene asistencia de Medicaid, puede que no tenga que pagar nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las normativas del plan para obtener su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para conseguir atención).

Para comprender la información de pago que le ofrecemos en este capítulo, usted necesita conocer los tipos de costos fuera del bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos.

Algunos tipos de costos fuera del bolsillo que podría pagar por servicios cubiertos son:

- **Deducible:** es el monto que usted debe pagar por servicios médicos antes de que su plan comience a pagar su parte. La Sección 1.2 le informa acerca del deducible de nuestro plan. (La Sección 1.3 le informa acerca de sus deducibles para determinadas categorías de servicios).
- **Copago:** el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento de obtener el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos le brinda más información acerca de sus copagos).
- **Coaseguro:** el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coaseguro en el momento de obtener el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos le brinda más información acerca de su coaseguro).

Sección 1.2 Nuestro deducible del plan

El deducible de su Parte B es de \$257 para el 2025. Este monto podría cambiar en 2026. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos por los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte del copago o coaseguro por el resto del año calendario.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

El deducible no se aplica para algunos servicios. Esto significa que pagamos nuestra parte de los costos de estos servicios incluso si aún no ha pagado su deducible. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

- Atención médica de emergencia o necesaria de urgencia
- Atención intrahospitalaria
- Atención de salud mental intrahospitalaria
- Instalaciones de rehabilitación ambulatoria
- Servicios de instalación de enfermería especializada
- Servicios de salud a domicilio
- Servicios de cuidado preventivo de Medicare
- Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)
- Insulina para miembros con diabetes, que se entrega a través de un artículo de equipo médico

Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted no tiene deducible.

Sección 1.3 Nuestro plan también tiene un deducible separado para determinados tipos de servicios

Además del deducible de nuestro plan que se aplica a todos los servicios médicos, también tenemos un deducible para determinados tipos de servicios.

Nuestro plan cuenta con un monto deducible para ciertos servicios. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de *hospitalizaciones, admisiones hospitalarias psiquiátricas*. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios y usted pagará su parte. La Tabla de Beneficios Médicos muestra los deducibles por categoría de servicio.

La Tabla de Beneficios Médicos muestra los deducibles por categoría de servicio.

Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted no tiene deducible.

Sección 1.4 ¿Cuánto es el máximo que usted pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de desembolso personal. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo fuera del bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los Planes Medicare Advantage tienen un límite sobre la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina el monto

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

máximo de gasto fuera del bolsillo (MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2026 este MOOP asciende a \$9250.**

Los montos que usted paga por deducibles, copago y coaseguro por servicios cubiertos cuentan para este monto máximo fuera del bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y medicamentos de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo: Si alcanza el monto máximo fuera del bolsillo de \$9,250, no tendrá que pagar ningún costo fuera del bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando las primas de la Parte B de Medicare (a menos que usted, Medicaid u otro tercero se encargue de pagar su prima de la Parte B).

Sección 1.5 Los proveedores no tienen permitido facturar su saldo

Como miembro de Hamaspik Medicare Select, usted cuenta con una importante protección ya que luego de cumplir con cualquier deducible, solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales separados, denominados **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es cómo funciona la protección contra la facturación de saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga solo esa cantidad por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red sólo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o para emergencias o servicios necesarios de urgencia).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red sólo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o para emergencias o servicios necesarios de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, comuníquese con Servicios de Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

No permitimos que los proveedores le cobren por los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos de cualquier cargo. Esto es correcto, incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una facturación por parte de un proveedor, llame a Servicios de Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos

La Tabla de Beneficios Médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que Hamaspik Medicare Select cubre: y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos sólo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos de la Parte B) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada MA debe ofrecer un periodo mínimo de transición de 90 días, tiempo durante el cual el nuevo plan MA podría no requerir autorización previa para cualquier curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fuere por un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no tendrá cobertura, a menos que se trate de una atención de emergencia o urgencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una autorización. Esto significa que usted paga al proveedor la totalidad por los servicios prestados fuera de la red que reciba.
- Usted dispone de un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos sólo si su médico u otro proveedor de red obtiene aprobación con anticipación (en ocasiones denominado autorización previa) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos con un asterisco: Estos servicios que no figuran en la Tabla de Beneficios Médicos también requieren de autorización previa:
 - ✓ Todos los procedimientos considerados experimentales/de investigación requeridos por Medicare para ser servicios cubiertos.
 - ✓ Todos los trasplantes y todas las evaluaciones de trasplantes.
 - ✓ Procedimientos reconstructivos que podrían considerarse cosméticos.
 - ✓ Todas las referencias a proveedores no participantes.
 - ✓ Procedimientos/servicios de infusión en el hogar.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

- Si su plan de atención coordinada proporciona aprobación para una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida por cuanto sea médicamente razonable y necesaria a fin de evitar interrupciones en el cuidado de conformidad con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del médico tratante.

1-888-426-2774, TTY 711. Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura para Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y medicamentos recetados. Medicaid cubre su reparto de costo para servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios en el hogar y en la comunidad de atención a largo plazo.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. (Para saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual Medicare y Usted 2026. Puede consultarlo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que tienen cobertura sin costo de Original Medicare, también cubrimos estos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por dicha afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Su administrador de atención colaborará estrechamente con usted para garantizar que reciba todos los servicios cubiertos que necesite. Cuando se inscriba, trabajarán con usted para desarrollar un Plan de Servicio Centrado en la Persona (o “Plan de Atención”) individualizado que incluye los servicios que se le entregarán. El Plan de Atención será revisado como mínimo una vez al año o antes si se produce un cambio en su salud. Si se encuentra dentro del período de 1 mes de nuestro plan para elegibilidad continua considerada, seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, antes de que se pueda procesar su cancelación de inscripción, el monto que usted paga por los servicios cubiertos de Medicare podría incrementarse, debido a que Medicaid no podrá cubrir su reparto de costo.

Si es elegible para la ayuda con el reparto de costos de Medicare, usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos, siempre que cumpla con los requerimientos de cobertura descritos anteriormente.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Información importante sobre beneficios para personas que califican para recibir Ayuda Adicional:

- Si usted recibe Ayuda Adicional para pagar sus costos de cobertura en Medicare, usted podría ser elegible para recibir otros beneficios complementarios específicos y/o tener un costo compartido orientado.


Información importante sobre beneficios para afiliados con afecciones crónicas

- Si le diagnostican algunas de las siguientes afecciones crónicas identificadas y cumple con ciertos criterios, podría ser elegible para beneficios complementarios especiales para dicha afección crónica.
 - Dependencia crónica del alcohol y otras drogas
 - Trastornos autoinmunes
 - Cáncer
 - Afecciones cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Demencia
 - Diabetes
 - Enfermedad hepática en etapa terminal
 - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
 - Trastornos hematológicos agudos
 - VIH/SIDA
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
 - Trastornos neurológicos
 - Derrame
 - Artritis
 - Hepatitis
 - Hiperlipidemia
 - Trastorno del espectro autista
 - Osteoporosis
- Estos beneficios son parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican.
- Para obtener detalles, vaya a la fila Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas en la Tabla de Beneficios Médicos a continuación.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios podría ser elegible.




Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.




Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)**Tabla de Beneficios Médicos**

Servicio cubierto	Lo que paga
 Examen de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No hay coaseguro, copago o deducible para miembros elegibles para este examen preventivo.
Acupuntura para dolor de espalda baja crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días tienen cobertura en virtud de las siguientes circunstancias: Para el propósito de este beneficio, el dolor de espalda baja se define como: <ul style="list-style-type: none"> • Prolongado por 12 semanas o más; • inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado a cirugía; y • no asociado con embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o retrocede. Requisitos de proveedor: Los médicos (tal como se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:	Usted paga \$0 por visitas de acupuntura cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o una no considerada de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre, apoyo aéreo y de ala giratoria, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare:</p> <p>* Salvo en caso de emergencia, se requiere autorización.</p>
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado según su salud actual y factores de riesgo. Esto tiene cobertura una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de Bienvenida a</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para la visita de bienestar anual.</p>


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Medicare para estar cubierto por las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	
<p> Medición de masa muscular</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la masa ósea calidad, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de cáncer de mama (mamografía)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes de mamas clínicos cada 24 meses 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden médica.</p> <p>Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación pulmonar <p>Servicios de Terapia de Ejercicio Supervisado para Enfermedad Arterial Periférica (PAD)</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por servicios cubiertos de Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p> Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que coma de manera saludable.</p>	<p>enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.</p>
<p> Exámenes cardiovasculares</p> <p>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).</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.</p>
<p> Examen de cáncer vaginal y cervical</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Cubrimos solo manipulación manual de la columna para corregir la subluxación.</p>	<p>Dependiendo del nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p>Gestión de dolor crónico y servicios de tratamiento</p> <p>Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que se prolonga por más de 3 meses). Los servicios podrían incluir evaluación del dolor, gestión de medicamentos y coordinación y planificación de atención.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p> Examen de cáncer colorrectal</p> <p>Los siguientes análisis tienen cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y tiene cobertura una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes sin un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tengan un alto riesgo de cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa o enema de bario. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal y tenga cobertura cuando hayan transcurrido al menos 59 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o hayan transcurrido 47 meses después del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses a partir del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años y mayores. Una vez cada 120 meses para pacientes sin un alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia. Una vez cada 48 horas para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Exámenes de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años y mayores. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con el criterio de alto riesgo. Una vez cada 3 años. 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, sin contemplar enemas de bario, para los cuales se aplica el coaseguro. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen se convierte en un examen de diagnóstico y dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por servicios cubiertos de Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de marcador biológico basado en la sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con el criterio de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de una prueba de cáncer colorrectal basada en heces no intensiva con cobertura que arroja un resultado positivo. 	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías) no tienen cobertura por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga por servicios dentales en determinadas circunstancias, específicamente cuando dicho servicio es una parte integral de un tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Algunos ejemplos contemplan reconstrucción de la mandíbula luego de una fractura o lesión, extracciones de pieza dental en preparación para tratamiento de radiación por cáncer que implica exámenes de mandíbula u orales antes del trasplante de órgano. Además, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales de Medicare • Servicios dentales diagnósticos y preventivos • Exámenes orales (2 veces por año) • Radiografías dentales (2 veces por año) • Otros servicios dentales diagnósticos • Profilaxis (limpieza) (2 veces por año) • Tratamiento de fluoruro • Otros servicios dentales preventivos • Servicios dentales exhaustivos • Servicios de restauración • Endodoncia (incluido conducto radicular) • Periodoncia (tratamiento de encías) • Limpieza (una vez cada seis meses) • Prostodoncia (fija y extraíble) • Servicios de implante <p>Cirugía oral y maxilofacial</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por servicios dentales cubiertos de Medicare.</p> <p>La atención dental básica generalmente no requiere autorización.</p> <p>* Se requiere autorización para ciertos servicios.</p> <p>Podrían aplicarse límites adicionales. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774.</p>


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
 Análisis de depresión Ofrecemos cobertura para un análisis de depresión al año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.	No hay coaseguro, copago o deducible para una visita de análisis de depresión anual.
 Análisis de diabetes Cubrimos esta prueba 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 niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también podrían tener cobertura si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted podría ser elegible para hasta 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses luego de la fecha de su examen de detección diabetes más reciente.	No hay coaseguro, copago o deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación autogestionada de diabetes, servicios y suministros diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios dependientes y no dependientes de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para supervisar su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año calendario (incluidos los insertos proporcionados con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de insertos, o un par de zapatos profundos y 3 pares de insertos (sin incluir los insertos extraíbles no 	Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por capacitación de autogestión por diabetes cubierta de Medicare. * Se requiere autorización para calzado para diabéticos. Otros servicios que aparecen en esta sección no requieren de una autorización.


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>personalizados que se proporcionan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste.</p> <ul style="list-style-type: none"> La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y Capítulo 3)</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. Está disponible en nuestro sitio web la lista de proveedores más reciente: https://www.hamaspik.com/directory-search.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por Equipo médico duradero y suministros relacionados.</p> <p>Su reparto de costo por la cobertura de equipo médico de oxígeno es 0% o \$20. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en Hamaspik Medicare Select había realizado 36 meses de pago de alquiler por equipo de oxígeno, su costo compartido en Hamaspik Medicare Select es de 0%.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se entregan mediante un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia y Son necesarios para evaluar y estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir pérdida de la vida (y, si es mujer embarazada, perdió un hijo), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por servicios de emergencia y post-estabilización.</p> <p>Sus costos no superarán los \$115 por visita para cuidado de emergencia cubierto por Medicare.</p> <p>No se aplica el coaseguro si ingresa en el hospital dentro de las 48 horas posteriores a la visita a una sala de emergencias.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>El reparto de costos de los servicios de emergencia que obtiene fuera de la red es el mismo que cuando recibe tales servicios dentro de la red.</p> <p>Usted tiene cobertura por hasta \$50,000 en atención de emergencia y servicios de urgencia internacionales, incluido el transporte de emergencia, cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. No hay copago ni coaseguro para este beneficio.</p>	<p>No se requiere autorización para cuidado de emergencia.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se establezca su condición de emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta, O debe recibir atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan y su costo asciende al costo compartido más alto que debería pagar en un hospital de la red.</p>
<p> Programas de formación de salud y bienestar</p> <p>Usted tiene cobertura para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Línea directa de enfermería de Hamaspik, que está disponible durante la noche, los fines de semana y feriados, cuando las oficinas de administración de atención están cerradas. • Los Beneficios de Aptitud Física incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Participación en cualquiera de nuestros gimnasios y centros de fitness contratados en toda el área de servicio y a nivel nacional. Nuestros centros de fitness pueden ofrecer clases de bajo impacto enfocadas a mejorar la fortaleza muscular, resistencia, movilidad, flexibilidad, equilibrio, agilidad y coordinación. ✓ Clases de ejercicios, a través de clases en vivo en línea y miles de videos en línea. ✓ Un kit de fitness para el hogar al año, de una selección de: rastreadores de fitness portátiles, una banda de ejercicios, un kit de pilates, o equipos de yoga. ✓ Planes de ejercitación: Respondiendo algunas preguntas en línea, usted recibirá un plan de entrenamiento personalizado, que 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para estos servicios.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>contempla instrucción sobre cómo comenzar y videos de ejercicios digitales sugeridos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ sesiones de coaching virtual especializadas • Materiales de educación de salud, que se enfocarán en una variedad de condiciones de salud. 	
<p>Servicios de audición</p> <p>Evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Los beneficios de Medicaid pueden cubrir exámenes de audición y audífonos adicionales. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por servicios cubiertos de Medicare.</p> <p>No se requiere autorización.</p>
<p>Ayuda con determinadas afecciones crónicas</p> <p>Los miembros elegibles con ciertas condiciones crónicas son capaces de usar su subvención OTC mensual para compra de alimentos, servicios o ambos. Consulte la fila “Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas” de esta tabla para obtener más información.</p>	<p>Si califica para estos servicios, usted paga \$0 por los servicios elegibles.</p>
<p> Análisis de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses. <p>Si está embarazada, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 3 exámenes de detección durante un embarazo 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para miembros elegibles para el examen de VIH preventivo cubierto por Medicare.</p>
<p>Atención de una agencia de salud a domicilio</p> <p>Antes que usted reciba servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de</p>	<p>No hay copago, coaseguro o deducible para servicios de atención domiciliar cubiertos por Medicare o Medicaid.</p>


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>salud en el hogar y ordenará que los servicios de salud a domicilio los proporcione una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.</p> <p>Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistencia médica domiciliaria y de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de asistencia médica domiciliaria y de enfermería especializada combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Terapia física, terapia ocupacional y terapia de habla • Servicios médicos y sociales • Equipo médico y suministros 	<p>* Se requiere autorización.</p>
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención • Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar 	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por terapia de infusión a domicilio cubierta por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Atención de hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han otorgado un certificado de pronóstico terminal indicando que tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Usted podría recibir atención de un programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tengamos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención a domicilio <p>Cuando se le admite en un centro de hospicio, usted tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p>Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que tengan relación con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por los servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p> <p>Para los servicios cubiertos de la Parte A o B de Medicare no asociados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios no considerados de emergencia ni de urgencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor de</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por Hamaspik Medicare Select.</p> <p>No hay coaseguro o copago por una consulta de hospicio por única vez para un miembro con una enfermedad terminal que no había elegido el beneficio de hospicio.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (tal como si existiese un requerimiento para obtención de autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, y sigue las normas del plan para obtener servicios, usted sólo paga nuestro monto de costo compartido por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido en virtud de Original Medicare <p>Para los servicios cubiertos por Hamaspik Medicare Select, pero que no tienen cobertura de la Parte A o B de Medicare: Hamaspik Medicare Select continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga nuestra cantidad de costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p>Para medicamentos que podrían tener cobertura por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no tienen relación con su condición de hospicio terminal usted paga el costo compartido. En caso de que tengan relación con su condición de hospicio terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para vacunas contra la neumonía, gripe/influenza, Hepatitis B y COVID-19.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas por COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos la mayoría de las vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	
<p>Atención Intrahospitalaria</p> <p>Incluye cuidado intensivo intrahospitalario, rehabilitación intrahospitalaria, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios intrahospitalarios. La atención intrahospitalaria comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con una orden médica. El día previo a que le den de alta es su último día de estancia hospitalaria.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sala semi-privada (o una sala privada si es médicamente necesario) • Las comidas incluyen dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de unidades de atención especial (tales como cuidado intensivo o unidades de atención coronaria) • Drogas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesario • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos operativos y de sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del lenguaje de habla 	


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> Servicios intrahospitalarios por abuso de alcohol y sustancias <p>Atención Intrahospitalaria (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes podrían ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por ir localmente siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Hamaspik Medicare Select brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. Sangre - incluido almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza sólo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o usted u otra persona encargarse de la donación. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. Servicios de doctor <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Deducible de \$1,676 Días 1 a 60: \$0 por día Días 61 a 90: \$419 por día 91 días y más: \$838 al día por cada “día de reserva de vida” (hasta 60 días durante su vida) Cada día después de que agote todos sus días de reserva de vida: Usted paga todos los costos. <p>Estos son los montos de reparto de costos de 2025 y podrían cambiar en 2026. Le haremos entrega de los montos actualizados tan pronto como estén disponibles.</p> <p>Si es elegible para reparto de costos de Medicare. Si obtiene: atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo corresponde al costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficio definido.</p> <p>* Se requiere autorización, excepto cuando la admisión es resultado de una emergencia o de servicios de atención de urgencia.</p>


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Obtenga más información en la ficha técnica de Medicare: Beneficios Hospitalarios de Medicare. Esta ficha técnica está disponible en el sitio web www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>	
<p>Servicios intrahospitalarios en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de salud mental que requieren una estancia hospitalaria.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de la salud mental asociados a trastornos por abuso de sustancias que requieren una estancia hospitalaria.</p> <p>Usted puede obtener estos servicios en un hospital general o en un hospital psiquiátrico (una instalación que sólo se ocupa de personas con trastornos de salud mental).</p> <p>No existe un límite en la cantidad de períodos de beneficio que puede tener, independiente de que obtenga atención de salud mental en un hospital general o psiquiátrico. Sin embargo, si está en un hospital psiquiátrico (en lugar de un hospital general), Medicare sólo paga por hasta 190 días de servicios de hospital psiquiátrico durante su período de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,676 • Días 1-60: \$0 por día • Días 61-90: \$419 por día • 91 días y más: \$838 al día por cada “día de reserva de vida” (hasta 60 días durante su vida) <p>Estos son los montos de reparto de costos de 2025 y podrían cambiar en 2026. Le haremos entrega de los montos actualizados tan pronto como estén disponibles.</p> <p>Si es elegible para reparto de costos de Medicare.</p> <p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficio definido.</p> <p>* Se requiere autorización, salvo cuando la admisión es el resultado de una emergencia o servicios de atención de urgencia.</p>
<p>Estancia intrahospitalaria: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o una SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la estadía como paciente interno no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente interno. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o centro</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por estos servicios cubiertos de Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización para</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>de enfermería especializada (SNF). Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de doctor • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, terapia de radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • Vendas quirúrgicas • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o todo o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona permanentemente o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; armazones; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambios en la condición física del paciente • Terapia física, terapia de habla y terapia ocupacional 	<p>estos servicios durante una estancia hospitalaria no cubierta.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individualizados durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios MDPP estarán cubiertos para las personas elegibles de Medicare en virtud de todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada por cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos con el objetivo de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos tienen cobertura en virtud de 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: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, por lo general, no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe los servicios de un médico, un hospital para pacientes ambulatorios o un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • El medicamento para Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra de forma intravenosa. Además de los costos de medicación, es probable que necesite de escaneos adicionales y pruebas antes y/o durante el tratamiento que puedan añadirse a sus costos totales. Hable con su médico acerca de qué escaneos y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento. 	Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por medicamentos de la Parte B de Medicare. Además, algunos fármacos podrían tener requerimientos de terapia de pasos. El reparto de costo por Insulina está sujeto a un coaseguro de \$35 para un suministro de un mes. Tenga en cuenta que el deducible anual no se aplica a la insulina de la Parte B.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> Factores de coagulación que se administran por inyección si tiene hemofilia Trasplante/Medicamentos inmunodepresivos: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en el que obtenga medicamentos inmunodepresivos. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunodepresivos si la Parte B no los cubre Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona con la debida instrucción (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la debida supervisión Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre los mismos medicamentos orales para cáncer que usted ingiere mensualmente vía oral si el mismo medicamento está disponible en formato inyectable o el medicamento es un profármaco (un medicamento en formato oral que, al ingerirse, se descomprime en el mismo ingrediente activo encontrado en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que los nuevos medicamentos orales para el cáncer estén disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará Medicamentos contra las náuseas: Medicare cubre medicamentos orales contra las náuseas como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, en el momento, o dentro de 48 horas de quimioterapia o se utiliza como reemplazo terapéutico completo para un medicamento intravenoso contra las náuseas Ciertos medicamentos orales para Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos en virtud de la Parte B 	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos calciomiméticos y fijadores de fostato bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario y anestésicos tópicos • Agentes de estimulación eritropoyética: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si usted tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia asociada a otras determinadas condiciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetina Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa, Mircera®, o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades por inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y alimentación por tubo) <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada.</p> <p>https://prime7.adaptiverx.com/webSearch/index?key=8F02B26A288102C27BAC82D14C006C6FC54D480F80409B68673124D0F2E23322</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de la Parte B y mayoría de las vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén cubiertos. Lo que paga por sus medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	
 Examen de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso continua. Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a	No hay coaseguro, copago o deducible para el análisis preventivo de obesidad y terapia.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o practicante para averiguar más.</p>	
<p>Servicios del programa de tratamiento para opiáceos</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agonistas opioides y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT). • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoría de consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Examen de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas <p>Los servicios del programa de tratamiento para opiáceos también están disponibles a través de telesalud. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor gestiona su atención. Los servicios de telesalud incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o practicante.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por servicios del programa de tratamiento para opiáceos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radiografías, terapia de radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendas • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio 	<p>Usted paga \$0 por exámenes de laboratorio. Para otras pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos, usted paga un coaseguro de 0% o 20%, dependiendo de su nivel de ingresos y elegibilidad de Medicaid.</p> <p>Si se brindan pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios en un entorno</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> Sangre - incluido almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita. Debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario, o usted u otra persona pueden encargarse de donarla. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico. Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias 	<p>hospitalario ambulatorio, es posible que deba solicitar autorización. Para más información, contacte a Servicios para Miembros.</p>
<p>Observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios de observación corresponden a servicios ambulatorios sujetos a la determinación de si usted necesita ser ingresado o se le puede dar de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la ficha técnica de Medicare: Beneficios Hospitalarios de Medicare. Esta</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por servicios de observación ambulatoria cubiertos por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>ficha técnica está disponible en el sitio web www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>	
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Usted tiene cobertura para servicios médicamente necesarios que obtiene en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Estos servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital • La atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento intrahospitalario sería necesario sin este • Las radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y moldes • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por servicios de hospitalización ambulatoria cubiertos por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p>Atención de salud mental ambulatoria</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por servicios de salud mental.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especializado, consejero profesional (LPC), terapeuta familiar o matrimonial profesional (LMFT), profesional de enfermería (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado de Medicare.</p> <p>Los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios también están disponibles a través de telesalud. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor gestiona su atención.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional y terapia de habla.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes e instalaciones de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por servicios cubiertos de Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios ambulatorios por trastorno de abuso de sustancias</p> <p>Los servicios ambulatorios para no residentes se entregan para tratamiento de la dependencia de alcohol o drogas, sin el uso de farmacoterapias. Los servicios podrían contemplar servicios ambulatorios (atención a toda hora por varios días) así como asesoría tradicional (una o menos horas por día, generalmente por semana o quincenal).</p> <p>Los servicios de telesalud adicionales tienen cobertura para servicios ambulatorios para tratamiento por abuso de sustancias. Los servicios de telesalud permiten a los miembros acceder a servicios de salud de forma remota mientras su proveedor gestiona su atención.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por servicios ambulatorios de tratamiento por abuso de sustancias cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si tiene una cirugía en una instalación hospitalaria, debería verificar con su proveedor acerca de si será un paciente intrahospitalario o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de reparto de costos por cirugía ambulatoria. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado paciente ambulatorio.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por servicios de cirugía ambulatoria y asociados cubiertos por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio en el hospital o por un centro comunitario de salud mental, que tiene mayor intensidad que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, terapeuta con licencia en matrimonio o familia (LMFT) o consejero profesional y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural, el cual se considera de mayor intensidad que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta, terapeuta con licencia en matrimonio o familia (LMFT) o consejero profesional, pero menos intensa que la hospitalización parcial.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por estos servicios de hospitalización parcial cubiertos de Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización para servicios de hospitalización parcial.</p>
<p>Servicios de médico/practicante, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en el consultorio de un médico, centro quirúrgico 	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo de cada visita al médico de cabecera o especialista para beneficios cubiertos por Medicare.</p>



Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>ambulatorio certificado, departamento de atención ambulatoria del hospital o cualquier otro lugar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico lo ordena para saber si necesita tratamiento médico <p>Ciertos servicios de telesalud, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Servicios de Médico de Atención Primaria ○ Servicios de Especialista Médico ○ Sesiones Individuales para Servicios Especializados de Salud Mental ○ Sesiones Grupales para Servicios Especializados de Salud Mental ○ Otros Profesionales de la Salud ○ Sesiones Individuales para Servicios Psiquiátricos ○ Sesiones Grupales para Servicios Psiquiátricos ○ Servicios del Programa de Tratamiento para Opiáceos ○ Sesiones Individuales para Abuso de Sustancias Ambulatorias ○ Sesiones Grupales para Abuso de Sustancias Ambulatorias ○ Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o mediante telesalud. Si opta por obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud • Los servicios de telesalud para visitas mensuales asociadas a enfermedad renal en etapa terminal para miembros en diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal de hospital u hospital de acceso crítico, instalación de diálisis renal u hogar de miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un derrame, independiente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental simultáneo, independiente de su ubicación 	<p>No necesita una remisión o una autorización para visitas a un PCP o un especialista.</p>



Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene una visita presencial dentro de 6 meses antes de su primera visita de telesalud ○ Usted tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Pueden contemplarse excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal • Revisiones virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico por 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ La revisión no está asociada a una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La revisión no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita disponible más cercana • Evaluación de video y/o imágenes que usted envía a su médico e interpretación y seguimiento de su doctor dentro de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está asociada a una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita disponible más cercana • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de red previo a la cirugía 	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen:	Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por servicios de podiatría cubiertos de Medicare:



Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	
<p> Profilaxis preexposición (PrEP) para prevención de VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro practicante de la salud determina que usted está en alto riesgo de contraer VIH, cubrimos medicamentos de profilaxis previo a la exposición (PrEP) y servicios asociados.</p> <p>Si califica, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos orales aprobados por la FDA o inyectables PrEP. Si recibe un medicamento inyectable, también brindamos cobertura a la tarifa por inyectar el medicamento. • Hasta 8 sesiones de consejería individual (incluida la evaluación de riesgo por VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 exámenes de VIH cada 12 meses. <p>Un examen único para detección del virus de la hepatitis B.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio PrEP.</p>
<p> Exámenes de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de Antígeno Específico de Próstata (PSA) 	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para una prueba anual de PSA.</p>
<p>Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o un punto de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; así como bolsas de colostomía y suministros</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, y reparación y/o reemplazo de dispositivos protésicos y ortésicos. También incluye determinada cobertura tras una cirugía de eliminación de cataratas o cirugía de cataratas – consulte Cuidado de la visión más adelante en esta tabla para obtener más detalles.</p>	<p>* Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por estos servicios de rehabilitación pulmonar.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p> Examen y asesoría para reducir el uso indebido del alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si obtiene un resultado positivo para el uso indebido de alcohol, puede recibir hasta 4 breves sesiones de asesoramiento cara a cara por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un practicante en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el examen cubierto por Medicare y asesoría para reducir el beneficio preventivo de uso indebido del alcohol.</p>
<p> Análisis para el cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para personas que califiquen, una LDCT tiene cobertura cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son personas de 50 a 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para las pruebas de detección diabetes cubiertas para asesoría cubierta y visita de toma de decisión o para el LDCT.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>pulmón, pero que tienen un historial de tabaquismo de al menos 20 paquetes por año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartida que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón por LDCT después de la detección inicial de LDCT: los miembros deben recibir una orden para la detección del cáncer de pulmón LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado opta por brindar asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y una visita compartida para la toma de decisiones para las pruebas de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	
<p> Análisis por infección del virus de la Hepatitis C</p> <p>Brindamos cobertura para análisis de Hepatitis C si su médico de cabecera u otro proveedor de atención médica ordena una y usted cumple con una de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se encuentra en riesgo elevado debido a que utiliza o ha utilizado drogas inyectables ilícitas. • Tuvo una transfusión de sangre antes de 1992. • Los nacidos entre 1945 y 1965. <p>Si nació entre 1945-1965 y no se le considera en alto riesgo, pagamos por el examen una vez. Si está en alto riesgo (por ejemplo, ha seguido utilizando drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba negativa por Hepatitis C), cubrimos exámenes anuales.</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el examen cubierto por Medicare y asesoría para el virus de la Hepatitis C.</p>
<p> Examen para infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoría para evitar ITS</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el examen cubierto por Medicare y asesoría para ITS y asesoría para beneficio preventivo de ITS.</p>


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas las solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Sólo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	
<p>Servicios para tratar enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio esté temporalmente sin disponibilidad o acceso) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo para diálisis en casa y suministros • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de personal 	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% del costo por estos servicios.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>especializado en diálisis para verificar su diálisis domiciliaria, para ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua)</p> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos en virtud de la Parte B de Medica. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.</p>	
<p>Cuidado de Instalación de Enfermería Especializada (SNF)</p> <p>(Para conocer definición de cuidado de instalación de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. A las instalaciones de enfermería especializada se les denomina SNF).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sala semi-privada (o una sala privada si es médicamente necesario) • Las comidas incluyen dietas especiales • Servicios de Enfermería Especializada • Terapia física, terapia ocupacional y terapia de habla • Los medicamentos administrados como parte de nuestro plan de cuidado (esto incluye sustancias que se encuentran presentes en el cuerpo de forma natural, como los factores de coagulación de sangre). • Sangre - incluido almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita. Debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario, o usted u otra persona pueden encargarse de donarla. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados de manera común por SNF • Pruebas de laboratorio proporcionadas de manera común por SNF 	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid en 2025, usted puede pagar los siguientes importes por cada período de beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1–20: \$0 por día • Días 21 a 100: coaseguro de \$209.50 por día • Días 101 y más allá: todos los costos <p>Estos son los montos de reparto de costos de 2025 y podrían cambiar en 2026. Hamaspik Medicare Select entregará los montos actualizados tan pronto como estén disponibles.</p> <p>Nota: Un “período de beneficio” comienza el día en que ingresa en un hospital o SNF. Termina cuando hayan transcurrido 60 días consecutivos sin atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa en el hospital después del término de un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No existe un límite en la cantidad de períodos de beneficio que puede tener</p> <p>* Se requiere autorización.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados de manera común por SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas proporcionadas de manera común por SNF • Servicios de médico/practicante <p>Generalmente, obtendrá su atención de SNF de las instalaciones de red. Sin embargo, bajo determinadas condiciones enumeradas a continuación, usted podría pagar el costo compartido dentro de la red para una instalación que no sea proveedor de la red, si la instalación acepta nuestros importes del plan para pago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o comunidad de retiro de cuidado constante en donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre que ofrezca atención de instalación de enfermería especializada) • Una SNF en donde su cónyuge o pareja de hecho vivía en el momento en que usted deje el hospital 	
<p> Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p>La asesoría para dejar de fumar o detener el consumo de tabaco para pacientes ambulatorios y hospitalizados tiene cobertura cuando cumplen estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tabaco, independiente de si se exhiben señales o síntomas de enfermedad asociada al tabaco • Demuestran competencia y estado de alerta durante la asesoría • Un médico u otro profesional de la salud reconocido por Medicare entrega asesoría <p>Cubrimos 2 intentos de cesación por año (cada intento debe incluir un máximo de 4 sesiones de intermediación o intensivas, logrando que el paciente reciba hasta 8 sesiones por año).</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de cesación del consumo de tabaco y dejar de fumar cubierto por Medicare.</p>
<p>Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas</p>	<p>No hay coaseguro, copago o deducible para estos servicios.</p>


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Los miembros elegibles podrían usar la subvención mensual para productos de salud OTC para la compra de alimentos o servicios públicos, o ambos.</p> <p>El beneficio se administrará con una tarjeta de débito precargada, válida para comprar en las tiendas minoristas aprobadas por el plan. Cualquier porción no utilizada del beneficio cada mes no se transfiere al mes siguiente.</p> <p>Este beneficio es parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. La elegibilidad se fundamentará en los datos disponibles para reclamos enviados por su proveedor y en su evaluación de riesgo de salud anual. Los miembros serán elegibles para estos beneficios si tienen tres (3) o más condiciones crónicas, como se indica a continuación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derrame • Trastornos neurológicos • Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastornos pulmonares crónicos • VIH/SIDA • Trastornos hematológicos agudos • Diabetes mellitus • Demencia • Insuficiencia cardíaca crónica • Afecciones cardiovasculares • Cáncer • Trastornos autoinmunes • Trastorno de consumo de alcohol crónico y otros trastornos de consumo de sustancias (SUD) • Enfermedad gastrointestinal crónica • Enfermedad renal crónica (CKD) • Condiciones con dificultades funcionales • Hiperlipidemia crónica • Trastorno del espectro autista • Hepatitis • Osteoporosis • Artritis 	<p>No se requiere autorización, después de que se haya determinado su elegibilidad para estos beneficios.</p>


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>Terapia de Ejercicio Supervisado (SET)</p> <p>SET tiene cobertura para miembros que presentan enfermedad arterial periférica sintomática (PAD)</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requerimientos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constar de sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprenden un programa de ejercicio-entrenamiento terapéutico para PAD en pacientes con claudicación • Ser realizado en un entorno hospitalario ambulatorio o en el despacho de un médico • Ser entregado por personal auxiliar calificado para garantizar que los beneficios superen los daños y quienes tengan capacitación en terapia de ejercicio para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/enfermero clínico especialista que debe estar capacitado en técnicas de apoyo vital básicas y avanzadas. <p>SET puede tener cobertura para más de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por servicios de Terapia de Ejercicio Supervisado (SET) cubiertos por Medicare.</p> <p>* Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios necesarios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, que no se considera de emergencia, es un servicio necesario de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si estuviera dentro del área de servicio de nuestro plan, resulta poco razonable a raíz de su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios necesarios de urgencia y sólo cobrarle por el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios necesarios de urgencia son enfermedades médicas y lesiones imprevistas o brotes fortuitos de condiciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedor, (como chequeos</p>	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por Servicios de atención de urgencia.</p> <p>Sus costos no superarán los \$40 por visita para cuidado de urgencia cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
<p>anuales) no se consideran necesidades de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red estuviere temporalmente fuera de servicio.</p> <p>Usted tiene cobertura por hasta \$50,000 en atención de emergencia y servicios de urgencia internacionales, incluido el transporte de emergencia, cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios. No hay copago ni coaseguro para este beneficio.</p>	
<p> Cuidado de la visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto • Para personas que tienen un alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o mayores e hispanoamericanos de 65 años o mayores. • Para personas con diabetes, se cubre un análisis para retinopatía diabética una vez al año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular. Si tiene 2 operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía. <p>Además de los servicios cubiertos por Medicare enumerados anteriormente, puede recibir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen ocular de rutina cada dos años. • Un par de anteojos (gafas o marcos) o lentes de contacto cada dos años. La cobertura se limita a \$200. 	<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% de coaseguro por exámenes de la vista y atención oftalmológica cubierta por Medicare.</p> <p>No hay copago ni coaseguro para exámenes de la vista de rutina, anteojos, marcos, lentes de contacto y actualizaciones cada dos años.</p> <p>*Se requiere autorización para exámenes oculares.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicio cubierto	Lo que paga
Las actualizaciones de anteojos, hasta un límite de beneficio de \$200 cada dos años.	
 Visita preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre una única visita preventiva Bienvenido a Medicare. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones para otros cuidados si es necesario. Importante: Cubrimos la visita preventiva Bienvenido a Medicare solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva Bienvenido a Medicare.	No hay coaseguro, copago o deducible para la visita preventiva Bienvenido a Medicare.

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Hamaspik Medicare Select

Los siguientes servicios no están cubiertos por Hamaspik Medicare Select, pero están disponibles a través de Medicaid:

Servicios cubiertos de Medicaid	Cobertura de Medicaid
Costos compartidos de Medicare	Medicaid cubre el costo compartido de los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare, incluidos los deducibles, copago y cobertura.
Salud mental para pacientes hospitalizados por encima del límite de por vida de 190 días	Medicaid cubre todos los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, incluidas las admisiones voluntarias o involuntarias para servicios de salud mental que superen el límite de por vida de 190 días de Medicare.
Instalación de Enfermería Especializada	Medicaid cubre los días en un centro de enfermería especializada proporcionados en un centro con licencia que superen los primeros 100 días del período de beneficios de Medicare Advantage.
Servicios de salud a domicilio	Los servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por Medicaid incluyen la prestación de servicios especializados no cubiertos por Medicare y/o servicios de asistencia médica domiciliaria según lo requiera un plan de atención aprobado.
Servicios de atención personal	Servicios de cuidado personal cubiertos por Medicaid se consideran la provisión de asistencia parcial o total

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicios cubiertos de Medicaid	Cobertura de Medicaid
	con actividades como vestirse y alimentarse, preparación de comidas y limpieza de hogar.
Servicios de enfermería privada	La enfermería privada cubierta por Medicaid se puede proporcionar a través de una agencia de atención médica domiciliaria certificada, una agencia de atención domiciliaria autorizada o un médico privado. Los servicios tienen cobertura cuando un médico tratante ha determinado que los servicios son médicamente necesarios.
Transporte No Considerado de Emergencia	Medicaid cubre el transporte que no sea de emergencia cuando sea necesario para que el miembro pueda obtener la atención médica y el tratamiento necesarios en virtud del programa de Medicaid.
Suministros médicos y quirúrgicos, fórmula parenteral y pilas para audífonos	Medicaid cubre suministros médicos y quirúrgicos, terapia enteral, baterías para audífonos y equipo médico duradero.
Nutrición	Medicaid cubre servicios de nutrición adicionales.
Servicios Médicos y Sociales	Medicaid cubre los servicios médicos sociales, incluida la evaluación de la necesidad, la organización y la prestación de servicios sociales.
Atención sanitaria de día para adultos y Atención Sanitaria de Día para Adultos por SIDA	Medicaid cubre programas de Atención sanitaria de día para adultos.
Servicios de respuesta a emergencias personales (PERS).	Medicaid cubre los dispositivos electrónicos que permiten a las personas obtener ayuda en una emergencia física, emocional o ambiental.
Servicios de audición	Medicaid cubre los servicios de audiología, las pruebas de detección y los servicios y productos de audífonos.
Servicios de vista	Medicaid cubre servicios de vista.
Hospicio	Medicaid cubre servicios de atención de hospicio adicional.
Los servicios de salud mental basados en la comunidad	<p>Los siguientes servicios tienen cobertura de Medicaid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Recuperación y Empoderamiento Orientados a la Comunidad (CORE) • Tratamiento Diurno Continuo • Hospitalización Parcial • Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT)

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicios cubiertos de Medicaid	Cobertura de Medicaid
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Tratamiento Ambulatorio y Rehabilitación Ambulatoria para Salud Mental (MHOTRS) • Servicios Orientados a la Recuperación Personal (PROS) • Programa de Emergencia Psiquiátrica Exhaustivo (CPEP) • Servicios de Crisis Móvil y Crisis Telefónica • Programas residenciales para crisis
Servicios de Rehabilitación para Residentes de Viviendas Comunitarias (CR) Licenciadas OMH y Programas de Tratamiento Familiar	Medicaid cubre servicios de rehabilitación para particulares en su domicilio o en apartamentos alquilados.
Servicios para Personas con Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo	Medicaid cubre servicios de apoyo adicional para personas con Discapacidades Intelectuales.
Administración Integral de Caso de Medicaid	Medicaid cubre Administración Integral de Caso de Medicaid (CMCM) para personas elegibles.
Terapia Observada Directa para la Enfermedad de Tuberculosis	Medicaid cubre Terapia Observada Directa para la Enfermedad de Tuberculosis.
Programa de Vida Asistida	Medicaid cubre Programa de Vida Asistida (ALP) solo en instalaciones con licencia estatal.

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan O Medicare O Medicaid

Esta sección le indica qué servicios se excluyen de Medicare.

La siguiente tabla describe algunos servicios y artículos que no tienen cobertura de nuestro plan O Medicare bajo cualquier condición o que están cubiertos por nuestro plan O Medicare sólo bajo condiciones específicas.

Si usted obtiene servicios que se consideran excluidos (sin cobertura), usted debe pagar por estos a expensas propias, a menos que se apliquen las condiciones específicas detalladas a continuación. Incluso si usted recibe servicios excluidos en una instalación de emergencia, los servicios excluidos aún no tienen cobertura y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si el servicio es objeto de una apelación y se decide: tras una apelación, que sea un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3).

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura solo bajo condiciones específicas.
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos	Cubiertos en casos de una lesión accidental, o para mejora del funcionamiento de un miembro con malformación corporal Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
Atención supervisada La atención supervisada es un tipo de cuidado personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico, tal como el cuidado que le ayuda con actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.	Sin cobertura bajo ninguna condición
Procedimientos experimentales médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que según Original Medicare no son generalmente aceptados por la comunidad médica	Podría tener cobertura en virtud de Original Medicare según un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información acerca de los estudios de investigación)
Tarifas cobradas por el cuidado de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	Sin cobertura bajo ninguna condición
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	Sin cobertura bajo ninguna condición
Comidas entregadas en casa	Sin cobertura bajo ninguna condición
Los servicios de ama de casa incluyen asistencia básica en el hogar, que contempla tareas domésticas sencillas o preparación de comidas ligeras.	Sin cobertura bajo ninguna condición
Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	Sin cobertura bajo ninguna condición
Atención dental no rutinaria	El cuidado dental requerido para tratar enfermedad o lesiones podría tener cobertura como atención hospitalaria o ambulatoria

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura solo bajo condiciones específicas.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Si los zapatos son parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con la enfermedad del pie diabético
Artículos personales en su habitación del hospital o una instalación de enfermería especializada, como teléfono o una televisión	Sin cobertura bajo ninguna condición
Sala privada en un hospital	Cobertura solo cuando es médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta	Sin cobertura bajo ninguna condición
Cuidado quiropráctico de rutina	La manipulación manual de la columna para corregir la subluxación tiene cobertura
Atención dental de rutina, como limpieza, empastes.	Sin cobertura bajo ninguna condición
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para visión deficiente	Sin cobertura bajo ninguna condición
Cuidado rutinario de pies	Alguna cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Audífonos o exámenes para ajuste de audífonos	Sin cobertura bajo ninguna condición
Servicios considerados no razonables y necesarios, conforme a los estándares de Original Medicare	Sin cobertura bajo ninguna condición

CAPÍTULO 5:

Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos de la Parte D?

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica y recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que usted está en el programa Ayuda adicional, parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso. La mayoría de los miembros califican y reciben Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos recetados. Si usted está en el programa Ayuda adicional, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto separado, llamado Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados (también conocida como Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos o la Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula Adicional LIS. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B y beneficios para fármacos de hospicio de Medicare.

Además de las drogas cubiertas por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura en virtud de los beneficios de Medicaid. Nuestra Lista de Medicamentos le indica cómo averiguar acerca de su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro recetador) que escriba su receta la cual debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona que receta no debe figurar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.

Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- Su medicamento debe figurar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (Consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento podría requerir aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información)

SECCIÓN 2 Surtir su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de orden por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura solo si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre en qué situaciones cubriríamos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionar sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos de la Parte D en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red**Encontrar una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su Directorio de Farmacias, visite nuestro sitio web <https://www.hamaspik.com/directory-search> y/o llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Podría visitar cualquiera de nuestras farmacias de red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usted utiliza abandona la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros llamando al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) o usar el Directorio de Farmacias. También puede encontrar información en nuestro sitio web en <https://www.hamaspik.com/directory-search>.

Las farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.

Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- Las Farmacias que suministran medicamentos para residentes de una instalación de cuidado a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de atención LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene problemas para conseguir sus medicamentos de la Parte D en una instalación LTC, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud para Indígenas / Programa de Salud para Indígenas Tribales / Urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren una gestión especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su Directorio de Farmacias, <https://www.hamaspik.com/directory-search> o llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de orden por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de orden por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos de orden por correo** en nuestra. [Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de orden por correo de nuestro plan están marcados con un asterisco en nuestra Lista de Medicamentos].

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **al menos un suministro de 30 días del medicamento y no más de 90 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, revise la información en su Kit de Bienvenida, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la contraportada de este manual o visite nuestro sitio web en www.hamaspik.com.

Por lo general, un pedido de farmacia por servicio de correo se le entregará a usted en un período no superior a los 14 días. Puede haber un caso en el que se haya retrasado la entrega de su medicamento recetado. Si no recibe su receta dentro de 14 días, comuníquese con Servicios para Miembros

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente desde el despacho de su médico.

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea surtir el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comuniquen con usted, para informarles si deben enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Volver a surtir recetas por servicio de correo Para reabastecimientos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de su receta actual se acabe para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Sección 2.3 ¿Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Nuestro plan ofrece 2 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 de mantenimiento que se consumen a diario, para una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su Directorio de Farmacias <https://www.hamaspik.com/directory-search> le indica qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) para obtener más información
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Utilizar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede usar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (usuarios TTY deben llamar al 711)** para saber si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red sólo en estas circunstancias:

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Si viaja fuera del área de servicio, se enferma y no hay una farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil de su ubicación.
- Si, mientras está fuera del área de servicio, se queda sin su medicamento y no puede comunicarse con una farmacia de la red.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado cubierto que no se encuentra regularmente en stock en una farmacia minorista o de pedido por correo elegible de la red (estos incluyen medicamentos huérfanos u otros productos farmacéuticos especializados).
- Si recibe atención de emergencia o atención de urgencia cuando se encuentra fuera de los Estados Unidos, usted deberá pagar por los servicios y luego solicitar el reembolso a Hamaspik Medicare Select. Para obtener más información, contacte a Servicios para Miembros. Servicios para Miembros le enviará un formulario para que usted solicite su reembolso. (Este formulario también está disponible en nuestro sitio web en: www.hamaspik.com).

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos un reembolso por nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo

Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

solicitar a nuestro plan un reembolso). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben figurar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan

Sección 3.1 La Lista de Medicamentos le indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura

Nuestro plan tiene una Lista de Medicamentos Recetados (Formulario). En esta Evidencia de Cobertura, **la llamamos Lista de Medicamentos**.

Los medicamentos que figuran en esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requerimientos de Medicare y ha recibido la aprobación por Medicare.

La Lista de Medicamentos sólo muestra los medicamentos recetados en virtud de la Parte D. Además de las drogas cubiertas por Medicare, algunos medicamentos recetados tienen cobertura en virtud de sus beneficios de Medicaid. La Lista de Medicamentos le indica cómo averiguar acerca de su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan siempre que siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento por una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada corresponde a un uso del medicamento que:

- Tenga aprobación de la FDA para el diagnóstico o condición por la cual se recetan, o
- Tenga respaldo por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX Micromedex.

Medicamentos que no aparecen en la Lista de Medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos.
- En algunos casos, usted podría obtener un medicamento que no figure en nuestra Lista de Medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Sección 3.2 Hay un nivel de reparto de costos para medicamentos en la Lista de Medicamentos

Cada medicamento en nuestra Lista de Medicamentos está en un nivel de reparto de costos. Por lo general, mientras más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento:

- El Nivel 1 incluye medicamentos genéricos y de marca.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en nuestra Lista de Medicamentos del plan. El monto que paga por los medicamentos recetados en cada nivel de costo compartido se exhibe en el Capítulo 6.

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

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de Medicamentos, usted dispone de estas alternativas:

- Revise la Lista de Medicamentos más reciente que entregamos de manera electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan www.hamaspik.com. La Lista de Medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento particular está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.

Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan <https://prime7.adaptiverx.com/webSearch/index> para buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos y así obtener una estimación de lo que pagará y saber si existen medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que puedan tratar la misma condición. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones a la cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para determinados medicamentos recetados, las reglas especiales restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para instarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, verifique la Lista de Medicamentos.

Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento podría aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus 2 por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea que le eliminemos la restricción, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos o no aceptar renunciar a la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan con anticipación

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan en función de criterios específicos antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de la medicación y ayudar en la orientación del uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no tener cobertura de nuestro plan. Para conocer los criterios de autorización de nuestro plan llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio web [insert direct URL to PA criteria].

Intentar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos habitualmente menos costosos, pero igualmente efectivos antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, es posible que nuestro plan requiera que pruebe el Medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Para conocer los criterios de terapia de pasos de nuestro plan llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio web

<https://prime7.adaptiverx.com/webSearch/index?key=8F02B26A288102C27BAC82D14C006C6FC54D480F80409B68673124D0F2E23322>

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día para

Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene cobertura de la forma en que usted lo desea

Existen situaciones en donde un medicamento recetado que consuma, o que usted y su proveedor consideren que debería tomar, no esté en nuestra Lista de Medicamentos o tenga restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no tener cobertura del todo. O una versión genérica del medicamento podría tener cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no tiene cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura.
- **Si su medicamento no figura en la Lista de Medicamentos o si tiene una restricción, estas son las opciones que tiene a disposición:**
 - Podría obtener un suministro temporal del medicamento.
 - Puede cambiar a otro medicamento.
 - Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Podría obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, nuestro plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté consumiendo. Este suministro temporal le brinda tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para recibir un suministro temporal, el medicamento que usted consume **debe dejar de aparecer en la Lista de Medicamentos de nuestro plan O tener una determinada restricción.**

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si usted estuvo en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Las recetas deben surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para esos miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos

Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.

- **Para esos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.

Para preguntas sobre la solicitud de un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Durante el tiempo en que utilice un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Usted tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor acerca de si existe un medicamento diferente que tenga cobertura por nuestro plan y que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que usted consume se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le avisaremos sobre cualquier cambio antes del año nuevo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura para el medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje con prontitud y de manera justa.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede realizar algunos cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Añadir o retirar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Añadir o retirar una restricción respecto a la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- Reemplace un producto biológico original con una versión bioequivalente intercambiable del producto biológico.

Debemos seguir los requerimientos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Información respecto a los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre tales cambios. También actualizaremos nuestra Lista de Medicamentos en línea de forma periódica. En ocasiones, recibirá una notificación directa en caso de que se efectúen modificaciones para un medicamento que esté consumiendo.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

Para reemplazar de inmediato medicamentos de marca o productos biológicos con, respectivamente, nuevos medicamentos terapéuticos equivalentes o genéricos autorizados o productos biológicos intercambiables o productos biológicos sin marca (o para cambiar los niveles o las restricciones, o ambos, aplicados si el medicamento relacionado permaneciere en el formulario), los patrocinadores del plan que hubiere cumplir con los requisitos deben incluir este mensaje:

- **Añadir nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos y retirar o realizar cambios de inmediato a un medicamento en la Lista de Medicamentos.**
 - Podríamos retirar de inmediato un medicamento de la Lista de Medicamentos, desplazar dicho medicamento a un nivel de reparto de costos diferente, añadir nuevas restricciones, o ambas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones.
 - Efectuaremos estas modificaciones inmediatas sólo si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o incorporamos determinadas versiones bioequivalentes nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
 - Podríamos realizar estos cambios de inmediato y avisarle más adelante, incluso si consume el medicamento que retiramos o realizamos cambios al respecto. Si toma

Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

dicho medicamento en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que realicemos.

- **Añadir medicamentos a la Lista de Medicamentos y retirar o realizar cambios a un medicamento en la Lista de Medicamentos**
 - Al añadir otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podríamos retirar un medicamento de la Lista de Medicamentos, desplazarlo a un nivel de reparto de costos diferente, añadir nuevas restricciones, o ambas. La versión del medicamento estará que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones.
 - Efectuaremos estas modificaciones sólo si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o incorporamos determinadas versiones bioequivalentes nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
 - Debemos notificarle con al menos 30 días de anticipación a la realización del cambio o notificarle sobre el cambio y cubrir un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está consumiendo.
- **Retirar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado.**
 - En ocasiones, un medicamento podría considerarse poco seguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podríamos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si usted está consumiendo dicho fármaco, le informaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios en los fármacos de la Lista de Medicamentos.**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, según los recuadros de advertencias de la FDA o por las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Debemos notificarle con al menos 30 días de anticipación a la realización de estos cambios o notificarle sobre el cambio y cubrir un surtido adicional de 30 días del medicamento que está consumiendo.

Si realizamos cualquiera de estos cambios a cualquiera de los medicamentos que usted consume, hable con su médico recetante sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, inclusive cambiar a un medicamento diferente para tratar su condición, o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción del medicamento que esté consumiendo. Usted o su médico recetante pueden solicitarnos una excepción para continuar con la cobertura del medicamento o versión del medicamento que esté consumiendo. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podríamos efectuar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se han descrito anteriormente. En tales casos, el cambio no se aplicará a usted si está consumiendo el medicamento

Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

al momento de producirse el cambio; sin embargo, estos cambios le afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si usted permanece en el mismo plan.

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

- Colocamos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que usted consuma (salvo debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio anotado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos acerca de estos tipos de cambio directamente durante el año del plan actual. Usted deberá verificar la Lista de Medicamentos para el año del plan siguiente (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que usted esté consumiendo que le afectarán durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados se excluyen. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si se determina que su apelación y el medicamento solicitado no se encuentra excluido de la Parte D, pagaremos por este o lo cubriremos. (Para obtener información sobre una decisión de apelación, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento está excluido, debe pagarlo usted mismo.

A continuación, se incluyen 3 reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso no aprobado de un medicamento cuando el uso se permite sólo cuando es admitido por ciertas referencias tales como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX. El uso no aprobado es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la FDA.

Además, según la ley, las siguientes categorías de medicamentos indicados más adelante no tienen cobertura de Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos podrían tener cobertura para usted en virtud de su cobertura de medicamentos de Medicaid según lo indicado a continuación. Para aprender más acerca de la cobertura de medicamentos de Medicaid y conocer la lista de

Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Medicamentos de Preferencia de Medicaid más actualizada, usted puede llamar: 1-800- 541-2831 Lun. Vie., 8 am - 8pm y Sáb., 9am - 1 pm

Correo electrónico: NYRx@health.ny.gov

Visite: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/mrt2/pharmacy_transition/ o <https://member.emedny.org/pharmacy/search-drugs>

Medicamentos no recetados (también denominados medicamentos de venta libre)

- Medicamentos que se utilizan para propiciar la fertilidad
- Medicamentos que se utilizan para el alivio de la tos y los síntomas del resfrío
- Medicamentos que se utilizan para fines cosméticos o para propiciar el crecimiento capilar
- Vitaminas recetadas y productos minerales, salvo vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante exija pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se comprenden únicamente del fabricante como condición de venta

Si usted recibe Ayuda Adicional para pagar sus recetas, el programa de Ayuda Adicional no pagará por los medicamentos que generalmente no tienen cobertura. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid podría ofrecer cobertura para medicamentos que normalmente no se cubren en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos podría estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, entregue a nuestro plan la información de membresía (la cual puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de red que elija. La farmacia de red le facturará automáticamente a nuestro plan por nuestra parte de los costos de su medicamento recetado. Deberá pagarle a la farmacia su parte del costo cuando retire su receta.

Si no tiene su información de membresía de nuestro plan con usted, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información, o usted puede pedir a la farmacia que busque nuestra información de inscripción en el plan.

Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la retire.** Puede entonces **solicitar un reembolso** por nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener más información sobre cómo pedirle un reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o en un centro de enfermería especializado para una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en una instalación de cuidado a largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la que utilice, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte su Directorio de Farmacias <https://www.hamaspik.com/directory-search> para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no estuviera, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en una instalación LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias LTC.

Si usted es un residente en una instalación LTC y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene alguna restricción, consulte la Sección 5 para recibir información sobre la obtención de un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de un empleador o plan grupal de jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** Pueden ayudarle a entender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de empleado o grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será secundaria a la cobertura grupal. Eso significa que su cobertura grupal paga primero.

Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Nota especial acerca de la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle una notificación que le informe si su cobertura de medicamentos para el próximo año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que nuestro plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Conserve cualquier aviso sobre la cobertura acreditable, porque es posible que los necesite más adelante para demostrar que mantiene una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia a su empleador o administrador de beneficios del plan de jubilados o sindicato.

Sección 9.4 Si está en hospicio certificado de Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no tengan cobertura de su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del recetador o su proveedor de cuidados paliativos respecto a que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían tener cobertura de nuestro plan, solicite al proveedor de cuidados paliativos o recetador que proporcione una notificación antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar retrasos en una farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, traiga la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad de fármacos y administración de medicamentos

Realizamos revisiones de consumo de medicamentos para garantizar que nuestros miembros reciben una atención segura y adecuada.

Realizamos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas tales como:

- Posibles errores con medicamentos
- Medicamentos que podrían no ser necesarios debido a que toma otro medicamento similar para tratar la misma condición
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarlo si se toman al mismo tiempo

Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que consuma
- Cantidades no seguras de medicamentos opiáceos para el dolor

Si vemos un posible problema en el uso de sus medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad sus medicamentos opiáceos

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura opiáceos recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos recetantes o farmacias, o si ha tenido una reciente sobredosis por opiáceos, es posible que hablemos con sus médicos recetantes para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Junto con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opiáceos recetados o benzodiazepinas no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo mandamos a nuestro DMP, las limitaciones podrían ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas en determinadas farmacias.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas de un determinado médico recetante
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubrimos para usted

Si tenemos previsto limitar cómo usted puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede conseguir, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le informará si restringimos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le pedirá que obtenga las recetas para estos medicamentos sólo de un médico recetante en particular. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos recetantes o farmacias prefiere utilizar, y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9, para obtener más información sobre la solicitud de reembolso.

No será colocado en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor asociado a un cáncer o anemia drepanoéptica si está recibiendo cuidados de hospicio, paliativos o de término de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Capítulo 5 Utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Sección 10.2 Programa de Gestión de Terapia de Medicamento (MTM) para ayudar a los miembros a gestionar medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Gestión de Terapia de Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros a fin de ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden un monto específico respecto a los costos por fármacos, o están en un DMP para ayudarlos a usar sus opiáceos de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede discutir sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Usted recibirá un resumen escrito que contiene una lista de quehaceres que contempla los pasos que debería tomar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, la cantidad que toma, el motivo por el cual los toma y el momento de hacerlo. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de quehaceres recomendados y lista de medicamentos. Lleve su resumen a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Lleve consigo su lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos por usted. Para preguntas sobre este temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que usted paga para sus medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga para sus medicamentos de la Parte D

Se usa el término “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o en virtud de Medicaid.

Para comprender la información de pago, debe familiarizarse con los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficio en tiempo real” de nuestro plan para buscar medicamentos recetados <https://www.hamaspik.com/directory-search>, el costo que ve muestra un estimado de los costos fuera del bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información sobre la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

Debido a que es elegible para Medicaid, usted califica y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que usted recibe Ayuda Adicional, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso.** La mayoría de los miembros califican y reciben Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos recetados. Si usted recibe Ayuda Adicional, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso.** Le enviamos un inserto separado, llamado Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados (también conocida como Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos o la Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula Adicional LIS.

Sección 1.1 Tipos de costos fuera del bolsillo que podría pagar por medicamentos cubiertos

Existen 3 tipos diferentes de costos fuera del bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que podrían pedirle que pague:

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura

- El **deducible** es el monto que usted paga por medicamentos antes de que su plan comience a pagar nuestra parte.
- **Copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta.
- **Coaseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso personal

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos respetar para realizar un seguimiento de sus costos fuera del bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus costos fuera del bolsillo

Sus costos fuera del bolsillo **incluyen** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Deducible
 - La Etapa de Cobertura Inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familia o amigos
- Cualquier pago realizado para sus medicamentos por Ayuda Adicional de Medicare, el empleador o planes de salud sindicales, Servicio de Salud de Indígenas, programas de asistencia de medicamentos para SIDA, Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP) y mayoría de organizaciones benéficas

Moverse a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) hayan gastado un total de \$2,100 en costos de bolsillo durante el año calendario, usted pasa de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus costos fuera del bolsillo

Sus costos fuera del bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura

- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos recetados no cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- Pagos que realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos por un Plan de Medicamentos de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, compensación laboral)
- Pagos efectuados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de Descuento de Fabricante

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las que se indicaron anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso personal por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Rastrear sus costos totales fuera del bolsillo

- El informe de la Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D que usted recibe incluye el monto actual de sus costos fuera del bolsillo. Cuando este monto alcanza los \$2,100, la EOB de la Parte D le indicará que ha dejado la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para entender qué hacer para asegurarse de que nuestros registros respecto a lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamento para los miembros de Hamaspik Medicare Select

Existen **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos en virtud de Hamaspik Medicare Select. La cantidad que paga por cada prescripción depende de la etapa en la que se encuentre al momento de surtir o resurtir una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapas de pago de medicamentos**
- **Etapas de pago de medicamentos**
- **Etapas de pago de medicamentos**

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura

SECCIÓN 3 Su Explicación de los beneficios de la Parte D aclara en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que realice cuando obtiene sus medicamentos recetados o los surte en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Damos seguimiento a 2 tipos de costos:

- **Costos fuera del bolsillo:** esto es cuánto paga. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago para sus medicamentos efectuado por familia o amigos, y cualquier pago realizado para sus medicamentos por Ayuda Adicional de Medicare, empleador o planes de salud sindicales, TRICARE, Servicio de Salud de Indígenas, programas de asistencia de medicamentos para SIDA, organizaciones de caridad y la mayoría de los Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP).
- **Costos totales de medicamento:** Este es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información de precio de medicamento.** Esto muestra el precio total del medicamento y la información acerca de los cambios de precio desde el primer surtido para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto muestra la información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de receta, si hubiere.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información acerca de sus pagos de medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por los mismos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos acerca de las recetas que usted surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que podría pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus costos fuera del bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus costos fuera del bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. **Estos son ejemplos del momento en el que debería darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando usted paga un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros realizan por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia con medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y procure enviarnos estos para que podamos rastrear sus costos.
- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Servicios de Miembros al 1-888-426-2774 (los usuarios de TTY deben llamar al [711](#)). Asegúrese de mantener estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa de Deducible

Debido a que la mayoría de nuestros miembros reciben beneficios de Medicaid y obtienen Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos recetados, la Etapa de Deducible no se aplica para la mayoría de los miembros. Si recibe Ayuda Adicional, esta etapa de pago no se aplica para usted.

Observe el inserto separado (la Cláusula Adicional LIS) para obtener información acerca del monto de su deducible.

Si no recibe Ayuda Adicional, la Etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible de nuestro plan, que es de \$615 para 2026. El deducible no se aplica a los productos de

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura

insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D, incluido herpes, tétano y vacunas de viaje. El **costo total** suele ser más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el máximo precio justo más cargos por despacho para medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios para Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$615 por sus medicamentos, usted abandona la Etapa de Deducible y pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de Cobertura Inicial

SECCIÓN 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del fármaco y de dónde surta su receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su copago o monto de coaseguro compartido. Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y de dónde surta su receta.

Sus alternativas de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento desde:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no esté en nuestra red del plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre en qué situaciones cubriríamos recetas surtidas en farmacias fuera de la red.
- Nuestra farmacia con orden por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el Directorio de Proveedores y Farmacias <https://www.hamaspik.com/directory-search> de nuestro plan.

Sección 5.2 Sus costos para un suministro de un mes de un medicamento cubierto

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto corresponderá a un copago o coaseguro.

En ocasiones el costo del medicamento es menor a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura

Sus costos para un suministro de un mes de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Reparto de costo minorista estándar dentro de la red (suministro de hasta 30 días)	Reparto de costo minorista de preferencia dentro de la red (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de orden por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido por atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para saber más). (suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de reparto de costos	Medicamentos genéricos: \$0 o copago de \$1.60, o \$5.10*	Medicamentos genéricos: \$0 o copago de \$1.60, o \$5.10*	Medicamentos genéricos: \$0 o copago de \$1.60, o \$5.10*	Medicamentos genéricos: \$0 o copago de \$1.60, o \$5.10*	Medicamentos genéricos: \$0 o copago de \$1.60, o \$5.10*
Genéricos y de preferencia/ medicamentos multi-fuente	Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$4.90, o copago de \$12.65*	Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$4.90, o copago de \$12.65*	Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$4.90, o copago de \$12.65*	Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$4.90, o copago de \$12.65	Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$4.90, o copago de \$12.65*

* Nota: Si no recibe “ayuda adicional” con los costos de medicamentos recetados, pagará un 25% del costo por todos los medicamentos cubiertos.

Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independiente del nivel de reparto de costos, incluso si no ha pagado por su deducible.

Consulte la Sección 8 para obtener más información sobre el reparto de costo para las vacunas de la Parte D.

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura

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

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico quisieran tener una menor cantidad en un suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro para menos de un mes completo, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de reabastecimiento.

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

- Si es responsable del coaseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coaseguro se fundamenta en el costo total del medicamento, su costo será inferior debido a que el costo total por el medicamento será inferior.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, usted solo paga por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de un mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (la tasa de costo compartido diario) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Sus costos para un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo se extiende hasta 90 días.

Una tabla que muestra sus costos para un suministro de a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos de orden por correo (suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 de reparto de costos	Medicamentos genéricos: \$0 o copago de \$1.60, o \$5.10*	Medicamentos genéricos: \$0 o copago de \$1.60, o \$5.10*
Genéricos y de preferencia/ medicamentos multi-fuente	Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$4.90, o copago de \$12.65*	Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$4.90, o copago de \$12.65*

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura

* Nota: Si no recibe “ayuda adicional” con los costos de medicamentos recetados, pagará un 25% del costo por todos los medicamentos cubiertos.

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses, o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independiente del nivel de reparto de costos, incluso si no ha pagado por su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos fuera del bolsillo para el año alcancen \$2,100

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales fuera de bolsillo alcancen los \$2,100. Luego usted pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

La EOB de la Parte D que usted reciba le ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted, nuestro plan, y cualquier tercero, han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gasto de bolsillo de \$2,100 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de Cobertura Catastrófica

En la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus costos de desembolso personal alcanzan el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el fin del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted paga por vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y tienen cobertura en virtud de la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en nuestra Lista de Medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado ningún deducible. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) para conocer los detalles de cobertura y reparto de costo sobre vacunas específicas.

Hay 2 partes de nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D:

- La primera parte es el costo **de la vacuna en sí.**

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura

- La segunda parte es por el costo de **brindarle la vacuna**. (A esto a veces se le llama la administración de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 aspectos:

1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización denominada el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no tienen costo para usted.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna en sí podría ser dispensada por una farmacia o entregada en la oficina del médico.

3. Quién le brinda la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede darle la vacuna en la farmacia. O, un proveedor podría entregarle en el despacho médico.

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y de **la etapa pago de medicamento** en la que se encuentre.

- Cuando obtiene su vacuna, usted debe pagar por el costo total de la vacuna en sí y el costo por el proveedor que le administra la vacuna. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que recibirá un reembolso por el costo total que usted pagó.
- En otras ocasiones, cuando obtiene la vacuna, solo pagará su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada.

A continuación, se muestran 3 ejemplos de maneras en que las podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted obtiene la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias entreguen vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada.
- Para las demás vacunas, tendrá que pagarle a la farmacia su coaseguro O copago por la vacuna en sí, el cual incluye el costo por darle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura

- Cuando obtiene su vacuna, es probable que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo por el proveedor que le administra la vacuna.
- Puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted recibirá un reembolso por el monto total que usted pagó. Para las demás vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coaseguro O copago por la vacuna (incluida la administración); si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos la diferencia.

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no paga nada por la vacuna en sí.
- Para las demás vacunas, tendrá que pagarle a la farmacia su coaseguro O copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, puede que usted deba pagar el costo total de este servicio.
- Puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted recibirá un reembolso por el monto total que usted pagó. Para las demás vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier copago por la administración de la vacuna, y menos cualquier diferencia entre el monto que el médico cobra y lo que pagamos normalmente. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

Solicitarnos el pago de nuestra parte por una

factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura

SECCIÓN 1 Situaciones en las cuales debería solicitarnos que paguemos por sus servicios cubiertos o medicamentos

Los proveedores de nuestra red facturan directamente a nuestro plan por sus servicios y medicamentos que obtenga por el costo total de la atención médica o medicamentos que obtuvo. Debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deben tener cobertura. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo cubierto de Medicare o por nuestro plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle dinero a menudo se denomina **reembolso**). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede que existan plazos que debe cumplir para obtener un reembolso. Vaya a la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben tener cobertura. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos por los servicios o medicamentos.

Puede que también existan momentos en los que obtenga una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un valor que exceda su parte del costo compartido. Primero intente resolver el asunto de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben tener cobertura. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Usted jamás debe pagar un valor que exceda el reparto de costos permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, usted aún tiene el derecho a recibir tratamiento.

Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le reembolse o pague una factura que haya recibido.

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

- Puede recibir servicios de emergencia o servicios necesarios de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En tales casos, pida al proveedor que facture a nuestro plan.
- Si paga el monto total usted mismo en el momento en que recibe la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que usted haya hecho.

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura

- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree no adeudar. Envíenos esta factura, junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto adeuda y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más por su parte del costo.

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales separados, denominados **facturación de saldo**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le cobren por los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos de cualquier cargo. Esto es correcto, incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted crea que supere el monto que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le reembolsemos por la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeuda en virtud de nuestro plan.

3. Si se le inscribió de forma retroactiva en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que ya pasó el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso por nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación como recibos y facturas para que manejemos el reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. Cuando eso suceda, debe pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso por nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red bajo limitadas circunstancias. Consulte al Capítulo 5, Sección 2.5 para aprender más sobre estas circunstancias. Es posible que

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura

no paguemos la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene la tarjeta de membresía de nuestro plan con usted

Si no tiene su tarjeta de membresía de nuestro plan consigo, usted puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o buscar la información de inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso por nuestra parte del costo. Es probable que no le reembolsemos el monto total de lo que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

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

Es posible que pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o restricción que no conocía o que no cree que se le aplique. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle por nuestro reparto de costo del medicamento. Es probable que no le reembolsemos el monto total de lo que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben tener cobertura. A esto se le llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos por nuestra parte del costo por los servicios o medicamentos. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar a nuestra decisión. El Capítulo 9 posee información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que reciba

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe presentar su reclamo ante nosotros dentro de 30 días** de la fecha en que reciba el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web <https://www.hamaspik.com/members/medicarechoice#resources> o llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

Envíe por correo postal su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a esta dirección:

Envíe las solicitudes de pago de la Parte C de Hamaspik a:

Hamaspik Medicare Choice
Attn: Departamento de Reclamos
775 North Main Street
Spring Valley, NY 10977

Envíe las solicitudes de pago de medicamentos recetados de la Parte D a:

Hamaspik, Inc. Medicare Advantage
P.O. Box 64806
St. Paul, MN 55164-0811

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no

Cuando recibimos su solicitud de pago, le daremos a conocer si requerimos cualquier información adicional de usted. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos por nuestro reparto del costo por el servicio o medicamento. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos su reembolso por nuestra parte del costo por correo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no obtenga un reembolso del monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos, o usted no siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo por la atención o el medicamento. Le

Capítulo 7 Solicitarnos el pago de nuestra parte por una factura para medicamentos o servicios médicos con cobertura

enviaremos una carta que explica las razones por las que no enviamos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos por la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede realizar una apelación

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener información respecto a cómo realizar esta apelación, diríjase al Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1. Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos al inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.).

Nuestro plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, clínicos y no clínicos, sean entregados de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con fluidez limitada en inglés, habilidades de lectura restringidas, incapacidad de audición u aquellos con antecedentes étnicos y culturales diversos. Ejemplos de cómo nuestro plan podría cumplir estos requerimientos de accesibilidad incluyen, pero no se limitan a la disposición de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablen inglés. También podemos brindarle materiales en otros idiomas diferentes del inglés, incluido el español y el braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una forma que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan tiene la obligación de entregarle a las afiliadas la opción de tener acceso directo a un especialista de salud para mujeres dentro de la red para servicios de atención preventiva y rutinarios de mujeres.

Si los proveedores en la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan buscar proveedores de especialidad fuera de la red capaces de ofrecerle la atención necesaria. En este caso, usted pagará solo el reparto de costo dentro de la red. Si llegase a encontrarse en una situación en la que no hubiese especialistas en la red de nuestro plan que cubre un servicio que usted necesite, llame a nuestro plan para obtener información sobre a dónde ir para obtener dicho servicio cumpliendo con el costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, atenderse con un especialista de salud de la mujer o buscar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante Servicios para Miembros al 1-888-426-2774. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. Member materials are also available in Spanish. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call

Member Services.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services. The Member Services address and phone number are listed in Chapter 2. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1- 800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos.

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos. No requerimos que obtenga referencias para acudir a proveedores de la red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan dentro de un período de tiempo razonable. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9, le indica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Las leyes estatales y federales resguardan la privacidad de sus registros médicos e información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo estipulan estas leyes.

- Su información médica personal incluye la información personal que nos proporcionó al momento de inscribirse en este plan, así como sus registros y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le proporcionamos una notificación por escrito, denominada Notificación de Prácticas de Privacidad, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean o cambien sus registros.
- Salvo en las circunstancias descritas a continuación, si tenemos la intención de revelar su información médica a cualquier persona que no sea quien le proporcione atención o no paga por ella, primero debemos obtener su permiso por escrito o de alguien a quien le haya otorgado la potestad legal de tomar tales decisiones.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito en primera instancia. Se permiten estas excepciones o son obligatorias por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindarle a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que le identifique de forma única no sea compartida.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a ver sus registros médicos que se encuentran en nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

solicitarnos que agreguemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos brindarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Hamaspik Medicare Select, usted tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si necesita alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711):

- **Información acerca de nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 le entregan información acerca de los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 le entregan información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información acerca de por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 le entrega información respecto a la solicitud de una explicación escrita sobre la razón por la cual un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también ofrece información acerca de pedirnos que cambiemos una decisión, proceso denominado como apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer las opciones de tratamiento y a participar en decisiones acerca de su atención

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomienden para su condición, sin importar el costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer acerca de los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe cualquier riesgo en su atención. Se le debe informar con anticipación si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir que “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no se vaya. También tiene derecho a dejar de tomar su medicina. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa, si así lo desea, que usted puede:

- Completar un formulario escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Brindar a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **instrucciones anticipadas**. Los documentos denominados **testamento vital** y **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Como establecer una instrucción anticipada para dar indicaciones:

- **Obtener un formulario.** Puede obtener un formulario de instrucción anticipada de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de suministros de oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Completar el formulario y firmarlo.** Independiente de dónde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Debe considerar la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Dar copias del formulario a las personas indicadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar las decisiones por

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

usted si usted no puede hacerlo. Es posible que desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo van a hospitalizar y firmó una instrucción anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de instrucción anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no firmó un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Es su elección completar una instrucción anticipada (incluso si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una instrucción anticipada.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado de New York.

Por teléfono:

- Reclamos/Consultas: 1-800-663-6114. Lunes a viernes, de 9 am a 5 pm
- Principal: 1-518-402-0836
- Por correo postal:
Departamento de Salud del Estado de New York
Oficina of Profesional Médica Conducta
Riverview Center 150 Broadway, Suite 355
Albany, NY 12204-2719
- Por correo electrónico: opmc@health.ny.gov
- Sitio web: <https://www.health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/index.htm>

Sección 1.6 Usted tiene derecho a realizar reclamos y a solicitarnos que reconsiderar las decisiones que tomemos

Si tiene algún problema, inquietud o reclamo y necesita solicitar cobertura o realizar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independiente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja), **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 Si cree que está recibiendo un trato injusto o no se respetan sus derechos

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Oficina de Servicios de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697), o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos y no es discriminación, puede obtener ayuda para lidiar con el problema que tiene de estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-701-0501
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048)
- O, puede llamar a la **Oficina de Ancianos del Estado de New York (Programa de Defensor del Pueblo)** al 1-800-342-9871 (TTY: 711).

Sección 1.8 Cómo obtener información acerca de sus derechos

Obtener más información acerca de sus derechos de estos lugares:

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-701-0501
- **Contactar a Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para leer o descargar la publicación Derechos y Protecciones de Medicare (disponible en: [Derechos y Protecciones de Medicare](#))
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Las cosas que debe hacer como miembro de nuestro plan se enumeran a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta Evidencia de Cobertura para saber qué tiene cobertura para usted y conocer las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre los servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 le entregan información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos además de nuestro plan, usted tiene la obligación de informarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y otros proveedores para recibir su ayuda brindándoles información, haciendo preguntas y dando seguimiento a su atención.**
 - A fin de recibir ayuda para conseguir la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerden usted y sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Tenga consideración.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento.
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníquese al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**

CAPÍTULO 9

Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o reclamo

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que utiliza para manejar su problema depende de 2 cosas:

1. Si su problema tiene que ver con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para presentar reclamos** (también conocido como quejas).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos seguir.

La información en este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos Legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo emplea palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, es importante en ocasiones conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos usar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales al darle los detalles para manejar situaciones específicas.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene un reclamo sobre el tratamiento que le ofrecemos, tenemos la obligación de honrar su derecho a reclamar. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) para solicitar ayuda. En algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Dos organizaciones le pueden ayudar aquí:

Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP).

Cada estado tiene un programa de gobierno con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para gestionar un problema que tenga. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Puede comunicarse con el Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (HIICAP) del Estado de New York llamando al: 1-800-701-0501 Medicare

También puede contactar a Medicare para obtener ayuda:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov.

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Puede llamar a la Línea de ayuda de Medicaid al 1-800-541-2831 (TTY 711) Lunes a viernes 8:00AM-8:00PM, Sábado 9:00AM-1:00PM.

- Puede escribir a su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Busque la dirección de su LDSS en: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss
- También puede visitar el sitio web de Medicaid del Estado de New York: www.health.ny.gov/health_care/medicaid

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

Debido a que tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, tiene diferentes procesos a disposición que puede usar para manejar su problema o queja. El proceso que utilice depende de si el problema involucra los beneficios de Medicare o de los beneficios de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema está

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, use la tabla a continuación.

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

Mi problema es acerca de los beneficios de **Medicare**.

Consulte la **Sección 4, Gestionar problemas con sus beneficios de Medicare**.

Mi problema es acerca de los beneficios de **Medicaid**.

Consulte la **Sección 12, Gestionar problemas con sus beneficios de Medicaid**.

SECCIÓN 4 Gestionar problemas con sus beneficios de Medicare

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (equipo médico, servicios y/o medicamentos de la Parte B) tiene cobertura o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados.

Sí.

Consulte la **Sección 5, Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones**.

No.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones

Decisiones de cobertura y apelaciones que abordan problemas relacionados con sus beneficios y cobertura para su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza la decisión de cobertura y el proceso de apelación para inquietudes tales como: si algo tiene cobertura o no y la forma en que recibe cobertura.

Solicitar decisiones de cobertura antes de obtener servicios

Si desea saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o respecto al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista médico que no figura dentro de la red, esta referencia se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red pueda demostrar que usted recibió una notificación de negativa estándar para este especialista médico, o que la Evidencia de Cobertura especifique que el servicio al que se le deriva jamás tuvo cobertura bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud por una decisión de cobertura se desestimarán, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, antes o después de la recepción del beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es un conducto formal para solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos las reglas correctamente. Cuando se complete la revisión, le entregamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud por una apelación de Nivel 1 se desestimarán, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 por atención médica, su apelación automáticamente pasa a convertirse en una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no tiene relación con nosotros.

- No es necesario que usted haga algo para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare nos obligan a realizar el envío automático de su apelación por atención médica al Nivel 2 en caso de que no aceptemos completamente su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información acerca de las Apelaciones de Nivel 2 para atención médica, consulte la **Sección 6.4**.
- Las apelaciones de la Parte D se abordan en la Sección 7.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos para apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.1 Obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación por sobre el Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de Designación de Representante (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)
 - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se reenviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada su médico o recetador pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de Designación de Representante. (El formulario también está

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Este formulario le brinda autorización a la persona

para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en la que se explicará su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que verifique nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su asociación de abogados local u otro servicio de referencia. Hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.2 Reglas y plazos límite para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Le brindamos los detalles para cada una estas situaciones:

- **Sección 6:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 9:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (Se aplica solo a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF))

Si no está segura de qué información se aplica a su situación, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos la parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de medicamento de la Parte B. Explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo una determinada atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle y usted cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2**
3. Usted recibe atención médica que cree que nuestro plan debiese cubrir, pero le hemos dicho que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó por la atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse dicha atención. **Enviarnos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo que aprobamos previamente se reducirá o detendrá, y cree que reducir o suspender esta atención podría dañar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos Legales:**

Una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **determinación de organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación expedita**.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: Decidir si usted necesita una decisión de cobertura estándar o decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar por lo general se realiza dentro de 7 días calendario cuando el artículo médico o servicio está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida por lo general se realiza dentro de 72 horas, para servicios médicos, 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si el uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para recuperar funciones.

Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos darle 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 requiere que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que nos ceñiremos a los plazos estándar
- Explique si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Explique que usted puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pedir a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para decisión de cobertura estándar, usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si usted solicitó un artículo o servicio médico que no esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

- Sin embargo, si requiere más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario** adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si cree que no deberíamos tomarnos más días, puede presentar un reclamo rápido. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto tengamos una decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener información sobre los reclamos consulte la Sección 11 de este capítulo.

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un marco de tiempo expedito.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de 72 horas si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si requiere más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si tardamos más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que no deberíamos tomarnos más días, puede presentar un reclamo rápido. (Para obtener información sobre los reclamos consulte la Sección 11). Le llamaremos tan pronto tengamos una decisión.
- Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede apelar.

Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 **Cómo presentar una Apelación de Nivel 1**

Términos Legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración expedita**.

Paso 1: Decidir si usted necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar por lo general se realiza dentro de 30 días naturales o 7 días naturales para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida por lo general se realiza dentro de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención, usted y/o su proveedor deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le brindaremos una apelación rápida.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicitar a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación estándar por escrito o llámádonos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que se le otorgue más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta respecto a la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Tomaremos su apelación en consideración y le daremos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinaremos detenidamente toda la información. Verificamos si se siguieron todas las reglas al rechazar su solicitud.
- Reuniremos más información si la necesitamos y podríamos comunicarnos con usted o con su médico.

Plazos para una decisión rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si requiere más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario** adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o al final del período extendido si se toman los días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos entregar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente remitiremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días** calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que no recibió, le daremos una respuesta **dentro de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su condición de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si requiere más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario** adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si cree que no deberíamos tomarnos más días, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para obtener información sobre los reclamos consulte la Sección 11).
 - Si no le damos una respuesta dentro del plazo límite (o al final del período extendido), debemos enviar su solicitud para una apelación de Nivel 2 en donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza todo o parte de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

La Sección 6.4 Proceso de apelación de Nivel 2.

Término Legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. En ocasiones se le denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia de gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente de caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente de caso.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** o cuando reciba su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le brinda una respuesta.

La organización de revisión independiente le indicará su decisión por escrito explicando las razones de esta.

- **Si la organización de revisión independiente le dice que sí a una parte o la totalidad de una solicitud por un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica **dentro de 72 horas** o prestar el servicio dentro de 14 días calendario una vez que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar.** Para **solicitudes expeditas,** tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si la organización de revisión independiente le dice que sí a una parte o la totalidad de una solicitud por un medicamento recetado de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B dentro de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**. Para **solicitudes expeditas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **abstención de decisión** o **rechazo de su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explique la decisión.
 - Le notifique sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que usted solicita alcanza cierto mínimo. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le informa cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea llevar su apelación a un nivel superior.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea revisar los detalles de una apelación de Nivel 3 respecto a cómo hacer esto se encuentran en la notificación por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es gestionada por un Juez Administrativo o abogado litigante. La Sección 10 le explica los procesos de apelación para los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5 Si nos solicita que le reembolsemos por nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

Si ya pagó por un servicio o artículo cubierto Medicaid o por nuestro plan, solicite a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolso). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado [inserte si el plan tiene reparto de costo: más que su parte del costo] por los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben tener cobertura. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos por los servicios o medicamentos.

Solicitar un reembolso consiste en solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó tiene cobertura. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para la atención médica.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si decimos que sí a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por nuestra parte del costo por lo general dentro de 30 días calendario, a más tardar 60 días calendario luego de la recepción de su solicitud. Si no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta o usted no siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos la atención médica y los motivos de nuestra decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede 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 en la Sección 6.3. Para las apelaciones sobre reembolsos, tenga en cuenta:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya haya recibido y pagado, no se le permitirá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de 60 días calendario.

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

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para tener cobertura, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada). Para obtener más información sobre los medicamentos de la Parte D, normas, restricciones y costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus Medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D en cada instancia. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de Lista de Medicamentos Cubiertos o formulario.

- Si no sabe si un medicamento tiene cobertura o si cumple con las normas, puede pedírnoslo. Algunos medicamentos requieren que obtenga autorización de nuestra parte antes de que le demos cobertura.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir como está escrito, la farmacia le dará una notificación por escrito que le explicará cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término Legal:

Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o respecto al monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Pedir que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos. **Solicitar una excepción Sección 7.2**
- Solicitarnos que renunciemos a una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener) **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Solicitarnos un reembolso. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, usted puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Solicitar una excepción

Términos Legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos es una **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un se denomina **excepción al formulario**.

Solicitar el pago de un precio menor por un medicamento cubierto de no preferencia se denomina una **excepción de nivel**.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que a usted le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que tengamos en consideración su solicitud de excepción, su médico u otro recetador deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, presentamos 2 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada para recetar pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, deberá pagar la cantidad de costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al monto del costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
2. **Retiro de una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos.

Sección 7.3 Aspectos importantes a saber acerca de la solicitud de excepciones

Su médico debe indicarle las razones médicas

Su médico u otro profesional que recete deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su doctor u otro recetador cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un fármaco para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que está solicitando y es probable que no cause más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos decir que sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es cierto siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término Legal:

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura expedita**.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: Decidir si usted necesita una decisión de cobertura estándar o decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se efectúan dentro de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura estándar** se efectúan dentro de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos la entrega de una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar el reembolso de una decisión de cobertura rápida por un medicamento que ya haya comprado).
- El uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud, o dañar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otra persona autorizada para recetar nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o recetante, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explique que nos ceñiremos a los plazos estándar
 - Explique si su médico u otro recetador solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Nos informe cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamo dentro de 24 horas de su recepción.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para autorizar o proporcionar cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo CMS o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web <https://www.hamaspik.com/members/medicare-select#resources>. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que identifique cuál reclamo rechazado está bajo apelación.

Usted, su médico (u otro recetador) o su representante pueden hacer esto. Puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, la cual corresponde a la razón médica para solicitar la excepción. Su médico u otra persona autorizada para dar

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otra persona autorizada para recetar pueden informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviándonos por fax o correo una declaración escrita si es necesario.

Paso 3: Tendremos su solicitud en consideración y le daremos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **dentro de 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que acordamos entregar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o declaración médica que justifique su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no haya recibido

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que acordamos entregar dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o declaración médica que justifique su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya haya comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no cumplimos este plazo límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos realizar el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Términos Legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de la Parte D se denomina redeterminación de plan.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación expedita**.

Paso 1: Decidir si usted necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar por lo general se realiza dentro de 7 días naturales. Una apelación rápida por lo general se realiza dentro de 72 horas. Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico o otro encargado de recetas debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta breve, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud escrita.** [El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas puede presentar su apelación por escrito o llamarnos al 888-426-2774.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web <https://www.hamaspik.com/members/medicare-select#resources>. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que se le otorgue más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta respecto a la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Tomaremos su apelación en consideración y le daremos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si se siguieron todas las reglas al rechazar su solicitud.
- Podríamos comunicarnos con usted o su médico o a otro autorizado para recetar para obtener más información.

Plazos para una decisión rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que acordamos entregar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa y cómo puede apelar a nuestra decisión.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no haya recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si no ha recibido el medicamento aún y su condición de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una decisión dentro de 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a todo o parte de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa y cómo puede apelar a nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos realizar el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito que explique nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y realizar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Término Legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. En ocasiones se le denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia de gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, la notificación por 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, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o si tomamos una decisión desfavorable respecto a una determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, automáticamente pasaremos su reclamo a la entidad de revisión independiente.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina su **expediente de caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente de caso.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos límite para una apelación rápida

- Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente acepta darle una apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos límite para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la independiente debe darle una respuesta a su apelación del Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: La organización de revisión independiente le brinda una respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- Si la organización de revisión independiente acepta parte o todo lo que solicitó, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándar:

- Si la organización de revisión independiente acepta parte o todo lo que solicitó para **cobertura**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión independiente aprueba parte o la totalidad de su solicitud de reembolso, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué ocurre si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la organización de revisión independiente rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina **abstención de decisión**. También se le llama **rechazo de su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explique la decisión.
- Le notifica del derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Le informa el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea llevar su apelación a un nivel superior.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, puede encontrar los detalles sobre cómo hacer esto en la notificación por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es gestionada por un Juez Administrativo o abogado litigante. La Sección 10 en este capítulo le explica los procesos de apelación para los Niveles 3, 4 y 5.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que abandone el hospital. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de su partida.

- El día que abandona el hospital se denomina su **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que se le pide dejar el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos.

Dentro de 2 días naturales de su admisión en el hospital, se le entregará una notificación por escrito denominada Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe esta notificación de alguien en el hospital (por ejemplo, trabajador de caso o enfermera), pídala a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, Llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea esta notificación detenidamente y realice preguntas si usted no lo comprende. Le informa sobre:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en las decisiones sobre su estadía en el hospital.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme la notificación por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme la notificación.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Firmar la notificación solo demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no otorga su fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Conserve su copia** de la notificación para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma la notificación más de 2 días naturales antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
- Para ver una copia de esta notificación por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver la notificación en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección 8.2 **Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Para pedirnos cubrir sus servicios de hospitalización durante más tiempo, utilice el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso**
- **Cumplir los plazos límite**
- **Pida ayuda si lo necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios de Miembros al 1-888-426-2774 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP), para recibir ayuda personalizada. [Inserte nombre de SHIP e información de contacto. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación.

Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted. La **Organización de Mejora de Calidad** es un grupo de médicos y otros especialistas de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de atención para personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta hospitalaria para personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para realizar una apelación, debe contactar a la Organización de Mejora de la Calidad **antes** de abandonar el hospital y **no después de medianoche del día de su alta**.
 - Si cumple con este plazo, puede permanecer en el hospital **después** de su fecha de alta **sin pagar por ello** mientras espera recibir la decisión de la Organización de Mejora de la Calidad.
 - **Si usted no cumple con este plazo límite, comuníquese con nosotros.** Si decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital la Organización de Mejora de Calidad se contactará con nosotros. Durante la tarde del día después en que le contactemos le entregaremos una **Notificación Detallada del Alta**. Esta notificación le indicará su fecha de alta planificada y explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (medicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra de esta **Notificación Detallada de Alta** llamando a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede buscar una notificación de muestra en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, aunque puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su doctor y revisarán la información que nosotros y el hospital les entregaron.
- Para el mediodía del día posterior al que los revisores informaran a nuestro plan de su apelación, recibirá una notificación por escrito de nuestra parte que le indicará su fecha de alta planificada. Esta notificación le explicará también en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (medicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la Organización de Mejora de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión independiente acepta, **debemos seguir brindándole los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (es decir, deducibles o copagos, si aplican). Además, podrían existir limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué ocurre si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión independiente rechaza, quiere decir que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día **después** de que la Organización de Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día una vez que la Organización de Mejora de la Calidad le entregue la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Realizar otra apelación significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 **Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Durante una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización de Mejora de la Calidad que revise nuevamente su decisión en su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** calendario posteriores al día en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad realizarán otra revisión meticulosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud por una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente acepta:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía desde el día posterior a la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, puede encontrar los detalles sobre cómo hacer esto en la notificación por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es gestionada por un Juez Administrativo o abogado litigante. La Sección 10 de este capítulo le brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que cubramos ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura finaliza demasiado pronto

Cuando recibe **servicios cubiertos de salud a domicilio, cuidado de enfermería especializado o atención de rehabilitación (Instalación de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Cuando decidamos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de estos 3 tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su atención.

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

Sección 9.1 Le informaremos con anticipación cuándo finaliza su cobertura

Término Legal:

Notificación de No Cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación acelerada**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de pedir un cambio en nuestra decisión de cobertura respecto al momento de interrumpir su atención.

1. **Usted recibe una notificación escrita** al menos 2 días naturales antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. La notificación le informa sobre:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir la atención para usted.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que cubramos su atención por un periodo más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme la notificación escrita para mostrar lo que recibió.** Firmar la notificación solo demuestra que recibió la información respecto al momento de detención de su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan para dejar de recibir atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para lograr que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Seguir el proceso**
- **Cumplir los plazos límite**
- **Pida ayuda si lo necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios de Miembros al 1-888-426-2774 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP), para recibir ayuda personalizada. [Inserte nombre de SHIP e información de contacto. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de término para su atención es médicamente adecuada. La **Organización de**

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Mejora de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos de la salud que reciben pago del gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de atención para personas con Medicare. Esto contempla la revisión de las decisiones del plan con respecto a cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Realizar su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite una apelación acelerada. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (Notificación de No Cobertura de Medicare) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar su apelación antes del **mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** de la Notificación de No Cobertura de Medicare.
- Si no cumple el plazo límite y desea tramitar una apelación, aún conserva los derechos de apelación. Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto en la Notificación de No Cobertura de Medicare. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término Legal:

Explicación Detallada de No Cobertura. Notificación que ofrece detalles sobre las razones para dar por terminada una cobertura.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted, (o a su representante), por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare algo por escrito, aunque puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, hablarán con su doctor y revisarán la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informan de su apelación, y usted recibirá una Explicación Detallada de No Cobertura de nuestra parte que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores aceptan?

- Si los revisores aceptan su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (es decir, deducibles o copagos, si aplican). Podrían existir limitaciones a sus servicios cubiertos.

¿Qué ocurre si los revisores no aceptan?

- Si los revisores rechazan, **su cobertura finalizará en la fecha que se le indicó.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) **después** de esta fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención** usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención después de que finalice su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 **Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para lograr que nuestro plan cubra su atención por más tiempo**

Durante una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización de Mejora de la Calidad que revise nuevamente la decisión en su primera apelación. Si la Organización para el Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días naturales** posteriores al día en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión sólo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad realizarán otra revisión meticulosa de toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Dentro de 14 días naturales de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán con respecto a su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión independiente acepta?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada para su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un Juez Administrativo o abogado litigante.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles respecto a cómo hacer esto se encuentran en la notificación por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es gestionada por un Juez Administrativo o abogado litigante. La Sección 10 de este capítulo le brinda más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Servicio Médico

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el cual apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor al nivel mínimo, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo realizar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de la misma manera que los 2 primeros niveles. A continuación, se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Apelación de Nivel 3

Un Juez Administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez Administrativo o abogado litigante acepta su apelación, el proceso de apelaciones podría o no finalizar.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, ésta pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos no apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Juez Administrativo o abogado litigante.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el atención médica en disputa.
- **Si el Juez Administrativo o abogado litigante deniega su apelación, el proceso de apelaciones podría o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le informará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones podría o no haber terminado.** A diferencia de una decisión en Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar a la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones podría o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, usted podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un Juez en el **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si acepta o rechaza su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Medicamento de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted apeló cumple con un determinado monto en dólares, usted podría pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede llevar su apelación a un nivel superior. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de la misma manera que los 2 primeros niveles. A continuación, se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un Juez Administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez Administrativo o un abogado litigante **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si el Juez Administrativo o abogado litigante deniega su apelación, el proceso de apelaciones podría o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le informará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de 72**

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones podría o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, usted podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un Juez en el **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si acepta o rechaza su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

Realizar reclamos

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

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas son gestionados mediante el proceso de reclamo?

El proceso de reclamo se utiliza solo para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas asociados a la calidad de atención, tiempos de espera y servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas gestionados mediante el proceso de reclamo.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está feliz con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respecto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a privacidad o compartió la información confidencial?
Falta de respeto, pésimo servicio al cliente u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o irrespetuoso con usted? • ¿Está descontento con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Siente que se le empuja a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O por nuestros Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan?

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Reclamo	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos contemplan esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, o para obtener una receta
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No logramos entregarle una notificación requerida? • ¿Es difícil comprender nuestra información escrita?
Puntualidad (Estos tipos de reclamos están relacionadas con la puntualidad de nuestras acciones asociadas a decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una decisión de apelación rápida o una apelación rápida, y la rechazamos; puede presentar un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para entrega de decisiones de cobertura o apelaciones; puede realizar un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle por determinados servicios médicos o medicamentos que se aprobaron; puede realizar un reclamo. • Cree que no cumplimos con los plazos establecidos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede realizar un reclamo.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos Legales:

Un **reclamo** también se denomina **queja**.

Realizar un reclamo se denomina **presentar una queja**.

Usar el proceso para reclamos se denomina **usar el proceso para presentar una queja**.

Un **reclamo rápido** se denomina **queja expedita**.

Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) generalmente es el primer paso.** Si hay algo más que necesite hacer, Servicios de Miembros se lo indicará.

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede ingresar un reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si puso su reclamo por escrito, responderemos a su reclamo por escrito.
 - Asegúrese de proporcionar la siguiente información cuando nos envíe su reclamo: Tu nombre y número de identificación de miembro, la fecha en la que tuvo el problema, una descripción de lo que ocurrió, el nombre de cualquier proveedor del personal de Hamaspik Medicare Select que estuviere implicado y su información de contacto, para que podamos realizar un seguimiento con usted.
 - Envíe por correo postal su información de reclamo a:

Hamaspik Medicare Select
Attn: Grievance and Appeals
775 North Main Street
Spring Valley, NY 10977

Email: quality@hamaspik.com
- El **plazo límite** para realizar un reclamo es de 60 días calendario a partir del momento en el que tuvo el problema por el cual desea presentar dicho reclamo.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le otorgaremos un reclamo rápido.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no nos hacemos responsables del problema por el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le entregaremos.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la

Capítulo 9A Si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

atención brindada a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

O

- **Puede realizar su reclamo con la Organización de Mejora de la Calidad y con nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.4 También puede informar a Medicare sobre su reclamo

Puede enviar una queja sobre Hamaspik Medicare Select directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Problemas con sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Gestionar problemas con sus beneficios de Medicaid

Para informar problemas con sus beneficios de Medicaid, comuníquese con su plan de salud de Medicaid o con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. El número de teléfono para comunicarse con el Departamento de Salud se puede encontrar en el Capítulo dos de este folleto.

También puede contactar a la Oficina de Ancianos del Estado de New York (Programa de Defensor del Pueblo) para recibir asistencia e información llamando al 1-800-342-9871.

CAPÍTULO 10:

Término de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Dar término de su membresía en nuestro plan

Terminar su membresía en Hamaspik Medicare Select puede ser **voluntaria** (elección propia) o **involuntaria** (no una elección propia).

- Puede dejar nuestro plan porque decidió que quiere irse. Las Secciones 2 y 3 le entregan información acerca de la finalización de su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos en la obligación de cancelar su membresía. La Sección 5 le explica acerca de las situaciones en las que debemos dar término a su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar entregando su atención médica y medicamentos recetados y usted continuará pagando su reparto de costo hasta que finalice su membresía.

Sección 2 ¿Este capítulo se enfoca en finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía debido a que tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solamente durante determinados momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, usted puede dar término a su membresía en nuestro plan al elegir una de las siguientes alternativas de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado,
- Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (Si elije esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática), o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporcione sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional, y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- Llame a su Oficina Estatal de Medicaid al 1-800-541-2831 Lunes a viernes 8:00AM-8:00PM, Sábado 9:00AM-1:00PM para informarse sobre sus alternativas de plan de Medicaid.
- Se encuentran disponibles otras opciones de plan de salud de Medicare durante el **Período de Inscripción Abierta**. La Sección 2.2 le brinda más información acerca del Período de Inscripción Abierta.
- **Su membresía finalizará generalmente en el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar sus planes.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta

Puede cancelar su membresía durante el **Período de Inscripción Abierta** cada año. Durante este periodo, revise su cobertura médica y de medicamentos y tome una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Decida si mantiene su cobertura actual o realiza cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado
 - Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporcione sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

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, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por un período continuo de 63 días o más consecutivos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual de Medicare Advantage

Puede realizar un cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y además, para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes de legitimización de la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de legitimización.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiar a otro Plan de Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare por separado al mismo tiempo.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Especial

En determinadas situaciones, podría ser elegible para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son algunos ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan o visitar www.Medicare.gov.

- Generalmente, cuando se muda
- Programa Medicaid del Estado de New York Si tiene Medicaid
- Si es elegible para Ayuda Adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare
- Si infringe nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Ancianos (PACE)
- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que sólo sea elegible para ciertos Periodos de inscripción especial. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le brinda más información acerca del período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos de tiempo para inscripción varían dependiendo de su situación.

Para saber si es elegible para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar

su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos. Usted puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados,
- Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado,
- Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporcione sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por un período continuo de 63 días o más consecutivos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar su cobertura de medicamentos: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Su membresía finalizará generalmente en el primer día del mes después de su solicitud para cambiar nuestro plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información acerca del período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 Obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene preguntas referentes al término de su membresía usted puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711)**
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare y Usted 2026**.
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La tabla a continuación le explica cómo terminar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscribise en el nuevo plan de salud de Medicare.

	<ul style="list-style-type: none"> • Su inscripción en Hamaspik Medicare Select se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribáse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en Hamaspik Medicare Select se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción • Si necesita más información sobre cómo hacer esto, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711). • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que le desvinculen. Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en Hamaspik Medicare Select cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos recetados acreditable por un período continuo de 63 días o más consecutivos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Para preguntas sobre sus beneficios del Programa de Medicaid del Estado de New York, llame al Programa de Medicaid del Estado de New York al 1-800-541-2831 de lunes a viernes 8:00AM- 8:00PM, sábados de 9:00AM-1:00PM. También puede comunicarse con la Asociación de Recursos Humanos (HRA) llamando al 1-888-692-6116 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 9AM a 5PM. HRA trabaja con los consumidores de Medicaid en la ciudad de New York. Si vive fuera de los cinco municipios (fuera de la ciudad de New York), visite https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm para obtener la información de contacto para su Departamento de Servicios Sociales Local (LDSS). Pregunte cómo el hecho de unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura del Programa Medicaid del Estado de New York.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía finalice y comience su nueva cobertura de Medicare, usted debe continuar recibiendo artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continuar usando nuestros proveedores de red para recibir atención médica.**

- **Continuar usando nuestras farmacias de la red o pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Hamaspik Medicare Select debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Hamaspik Medicare Select debe terminar su membresía en nuestro plan si cualquiera de las siguientes ocurre:

- Si ya no tiene la Parte A y B de Medicare
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si pierde su elegibilidad para Medicaid, usted tiene un “periodo de gracia” de hasta 1 mes para reestablecer su Medicaid o se debe cancelar su inscripción.
- Si se traslada fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de 6 meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión)
- Si ya no es un ciudadano estadounidense o no tiene presencia legal en territorio estadounidense.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que brinde cobertura de medicamentos.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
-] Si se comporta continuamente de una manera disruptiva y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea más información respecto a cuándo puede terminar su membresía llame a Servicios para Miembros (Usuarios TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Hamaspik Medicare Select no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le solicita que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito para cancelar su membresía. También debemos explicar cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Anuncios legales

SECCIÓN 1 Notificación acerca de la ley vigente

La ley principal que se aplica a este documento de Evidencia de Cobertura es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, se podrían aplicar otras leyes federales, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Notificación acerca de la no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicios. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

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 local para los Derechos Civiles. Puede revisar también la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios para Miembros al 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711). Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Notificación acerca los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no sea el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, Hamaspik Medicare Select, como una Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario en virtud de las regulaciones

Capítulo 12 Definiciones

de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Centro Quirúrgico Ambulatorio: un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente para el propósito de facilitar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren de hospitalización y que su estancia prevista en el centro no excede las 24 horas.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente por un monto que supere el costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de Hamaspik Medicare Select, solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** o que le cobren más que el monto de reparto de costos que nuestro plan indica que usted debe pagar.

Período de Beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficio comienza el día en que ingresa en un hospital o instalación de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando no haya recibido ningún cuidado intrahospitalario (o cuidado especializado en una SNF) por 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o una instalación de enfermería especializada después del término de un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No existe un límite en la cantidad de períodos de beneficio.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de recursos naturales y vivos como células de animales, células vegetales, bacterias o fermento. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse con exactitud, por lo que sus formatos alternativos reciben el nombre de bioequivalentes. (vaya a “**Producto biológico original**” y “**Bioequivalente**”).

Bioequivalente: un producto biológico que es bastante similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los bioequivalentes poseen la misma seguridad y eficacia que el producto biológico original. Algunos bioequivalentes pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, (Consulte “**Bioequivalente Intercambiable**”).

Medicamento de Marca: medicamento recetado, fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los

Capítulo 12 Definiciones

medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Etapas de Cobertura Catastrófica: la etapa en el Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) hayan gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan de Necesidades Especiales para Atención Crónica (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a las personas elegibles de MA que tengan enfermedades específicas crónicas o graves.

Coaseguro: una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar los deducibles.

Reclamo: el nombre formal para realizar un reclamo es **presentar una queja**. El proceso de reclamo se utiliza solo para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas asociados a la calidad de atención, tiempos de espera y servicio al cliente. También contempla reclamos si nuestro plan no sigue los periodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): una instalación que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluidos terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla-idioma y servicios de evaluación ambiental de casa.

Copago: una cantidad que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo \$10), en lugar de un porcentaje.

Reparto de costos: reparto de costos se refiere a la cantidad que un miembro tiene que pagar cuando recibe medicamentos o servicios. El reparto de costos incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pago: (1) cualquier monto deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que requiera un plan cuando se reciba un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coaseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Determinación de Cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por nuestro plan y el monto, si corresponde, que debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por nuestro plan, eso no se considera una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Capítulo 12 Definiciones

Medicamentos Cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Servicios Cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de Medicamentos Recetados Acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Atención supervisada: la atención supervisada incluye el cuidado personal proporcionado en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención supervisada, entregada por personas que no tienen habilidades o capacitación profesionales, contempla ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, sentarse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención médica que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no paga por atención supervisada.

Tarifa diaria de participación en los costos: Es posible que se aplique una tarifa diaria de participación en los costos cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. Una tasa diaria de reparto de costos corresponde al copago dividido por la cantidad de días en un suministro mensual. Por ejemplo: Si su copago por un 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 tarifa diaria de reparto de costos es \$1 por día.

Deducible: el monto que usted debe pagar por atención médica o recetas antes de que su plan pague.

Cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que una farmacia toma preparar y empacar la receta.

Planes de Necesidades Especiales para Doble Elegibilidad (D-SNP): D-SNP inscribe a personas que tienen derecho a recibir asistencia médica de Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) y de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, dependiendo del estado y la elegibilidad de la persona.

Individuo con Doble Elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Capítulo 12 Definiciones

Equipo Médico Duradero (DME): cierto equipo médico que ordena su doctor por motivos médicos. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir su pérdida de la vida (y, si es mujer embarazada, la pérdida de un hijo), la pérdida de una extremidad o la pérdida o discapacidad grave de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Atención de Emergencia: Los servicios cubiertos que: (1) se prestan por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que 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 nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere de una autorización previa para un medicamento y usted desea que nosotros renunciemos a la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Ayuda Adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coaseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la FDA por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Habitualmente, un medicamento genérico funciona de la misma forma que un medicamento de marca y suele tener un costo menor.

Queja: un tipo de reclamo que usted realiza sobre nuestro planes, proveedores o farmacias, incluido un reclamo con respecto a la calidad de su atención. Esto no involucra disputas de pago o cobertura.

Asistente de Salud en el Hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Capítulo 12 Definiciones

Hospicio: un beneficio que ofrece tratamiento especial para un miembro a quien se le ha diagnosticado una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan, debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estadía Hospitalaria para Pacientes Internados: una estadía en el hospital cuando se le ha admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, aún podría ser considerado paciente ambulatorio.

Monto de Ajuste Mensual Asociado a Ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cobro adicional añadido a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapas de Cobertura Inicial: esta es la etapa antes de que sus costos fuera del bolsillo para el año hayan alcanzado el monto de umbral fuera del bolsillo.

Período de Inscripción Inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el Período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

D-SNP Integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría de todos los servicios de Medicaid en virtud de un único plan para determinados grupos de personas elegibles para Medicare y Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad para todo beneficio.

Plan de Necesidades Especiales Institucional (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero que requieren del nivel de atención que ofrece la instalación, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en determinadas instalaciones de largo plazo. Las I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP), SNP institucionales híbridas (HI-SNP) y SNP institucionales basadas en instalación (FI-SNP).

Plan de Necesidades Especiales Institucional Equivalente (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero que requieren del nivel de atención que ofrece una instalación.

Bioequivalente Intercambiable: un bioequivalente que podría usarse como sustituto de un producto bioequivalente similar en la farmacia sin necesidad de una nueva receta debido a que cumple con los requerimientos adicionales asociados al potencial para la sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Capítulo 12 Definiciones

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o Lista de Medicamentos): una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Subsidio de Bajos Ingresos (LIS): consulte Ayuda Adicional.

Programa de Descuento de Fabricante: un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio máximo justo: el precio que Medicare negoció por un medicamento seleccionado.

Monto Máximo Fuera del Bolsillo: el monto máximo que usted paga fuera del bolsillo durante el año calendario para servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Los montos que usted paga por las primas de la Parte A y B de Medicare y medicamentos recetados no se contabilizan respecto del monto máximo de desembolso personal si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo fuera del bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de desembolso personal).

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación Medicamento Aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertos libros de referencia, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Medicamento Necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 con determinadas discapacidades y personas con una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (falla renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero al 31 de marzo cuando los miembros de un 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 inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Capítulo 12 Definiciones

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) un plan HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o iv) un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO y PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

Servicios cubiertos de Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye beneficios adicionales, como atención ocular, dental o auditiva, que un plan de Medicare Advantage pueda ofrecer.

Plan de Salud de Medicare: una empresa privada que tiene contrato con Medicare ofrece un plan de salud de Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de Costos de Medicare, Planes de Necesidades Especiales, Programas Piloto/de Demostración y Programas de Atención Integral para Ancianos (PACE).

Cobertura de Medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de terapia de medicamentos (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades complejas de salud entregado a personas que cumplen ciertos requerimientos o que están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios MTM por lo general incluyen una discusión con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (Seguro Complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir brechas en Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no se considera una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de Nuestro Plan o Miembro del Plan): una persona con Medicare que es 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).

Servicios de Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la Red: una farmacia de la red que tiene contrato con nuestro plan en donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Capítulo 12 Definiciones

Proveedor de la Red: Proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del Estado para brindar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total, y en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de red también se denominan **proveedores del plan**.

Periodo de Inscripción Abierta: el periodo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año cuando un miembro puede cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiar a Original Medicare.

Determinación de Organización: una decisión que nuestro plan toma sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Producto Biológico Original: un producto biológico que ha sido aprobado por FDA y sirve como comparación para los fabricantes que producen una versión bioequivalente. También se le llama producto de referencia.

Original Medicare (Medicare Tradicional o Medicare de pago por servicio): Original Medicare se ofrece a través del gobierno, y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene 2 partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todos los sectores de Estados Unidos.

Farmacia Fuera de la Red: una farmacia fuera de la red es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor Fuera de la Red o Instalación Fuera de la Red: un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, no son propiedad ni están operados por nuestro plan.

Costos Fuera de Bolsillo: Consulte la definición para costos compartidos antes descrita. El requisito de participación en los costos de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo fuera del bolsillo del miembro.

Umbral Fuera del Bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Capítulo 12 Definiciones

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para el Adulto Mayor) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de largo plazo (LTSS) para ancianos a fin de ayudar a las personas a mantener su independencia y vivir en sus comunidades (en lugar de ponerlos en una residencia de ancianos) siempre que sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden tener cobertura en virtud de la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por Congress. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben tener cobertura de todos los planes.

Multa por Inscripción Tardía de la Parte D: una cantidad que se agrega a su prima mensual del plan para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare) durante un período continuo 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independiente que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. El costo compartido del miembro generalmente será más alto cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos de bolsillo combinados totales para servicios tanto de la red (preferidos) como de proveedores de la red (no preferidos).

Prima: una prima es el pago periódico a Medicare, una compañía de seguro, o un plan de atención médica para cobertura de salud o medicamentos recetados.

Servicios preventivos: atención de salud para evitar enfermedades o detectar una afección en una etapa temprana, cuando el tratamiento tenga más probabilidades de funcionar mejor (por ejemplo, algunos servicios preventivos incluyen pruebas de Pap, vacunas y mamografías).

Médico de Atención Primaria (PCP): el médico u otro proveedor que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización Previa: la aprobación anticipada para obtener servicios o determinados medicamentos en función de criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están

Capítulo 12 Definiciones

marcados en la Tabla Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestro criterio se publica en nuestro sitio web.

Prótesis y artículos ortopédicos: Los dispositivos médicos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de Cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

“Herramienta de Beneficio en Tiempo Real”: una aplicación informática o portal en el cual los afiliados pueden visualizar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada, específica según el formulario de un afiliado y sobre beneficios. Esto contempla los montos de reparto de costos, medicamentos de formulario alternativos que pueden usarse para la misma condición de salud que puede tratar un medicamento específico y restricciones de cobertura (Autorización Previa, Terapia de pasos, Límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Referencia: una orden escrita de su médico de cabecera para que usted visite un especialista u obtenga determinados servicios médicos. Sin una referencia, nuestro plan podría no pagar por servicios de un especialista.

Servicios de Rehabilitación: estos servicios incluyen cuidado de rehabilitación, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto en virtud de la Parte D para el cual Medicare negoció un Precio Máximo Justo.

Área de servicio: un área geográfica en la que debe residir para unirse a un plan de salud particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no son de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Cuidado de Instalación de Enfermería Especializada (SNF): servicios rehabilitación y cuidado de enfermería especializada proporcionados de manera diaria y constante en una instalación de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrar un médico o una enfermera titulada.

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece más atención médica focalizada para grupos de personas específicas, como aquellos que tienen Medicare

Capítulo 12 Definiciones

y Medicaid, que habitan en una residencia de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Terapia de Pasos: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios Necesarios de Urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no se considera de emergencia, es un servicio necesario de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o resulta poco razonable a raíz de su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios necesarios de urgencia son enfermedades médicas y lesiones imprevistas o brotes fortuitos de condiciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedor, (como chequeos anuales) no se consideran necesidades de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red estuviere temporalmente fuera de servicio.

Servicios para Miembros de Hamaspik Medicare Select

Método	Servicios para Miembros – Información de Contacto
Llamada	<p>1-888-426-2774</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2025 al 31 de marzo de 2026. Desde el 1 de abril de 2026 al 30 de septiembre de 2026, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm</p> <p>Los Servicios de Miembros 1-888-426-2774 (Usuarios TTY deben llamar al 711) también tienen servicios de intérprete lingüístico gratuito para quienes hablen un idioma que no sea inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2025 al 31 de marzo de 2026. Desde el 1 de abril de 2026 al 30 de septiembre de 2026, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.</p>
Fax	<p>1-845-503-1900</p>
Escribir a	<p>Hamaspik Medicare Choice 775 North Main Street Spring Valley, NY 10977</p>
Sitio web	<p>www.hamaspik.com</p>

Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (HIICAP) del Estado de New York

El Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos del Estado de New York/HIICAP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Información de Contacto
Llamada	<p>1-800-701-0501</p>
TTY	<p>711</p>
Escribir a	<p>New York State Office for the Aging Two Empire State Plaza Agency Building #2 Albany NY 12223-1251</p>

	CORREO ELECTRÓNICO: NYSOFA@aging.ny.gov
Sitio web	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs

Declaración de Divulgación PRA de conformidad con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que se exhiba un número de control OMB válido. El número de control OMB válido 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.

Hamaspik Medicare Select
Servicios de intérprete en varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-426-2774. (TTY, call 711.) Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-426-2774. (TTY 711.) Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-888-426-2774。(TTY 711) 我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-888-426-2774。(TTY 711) 我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-426-2774. (TTY 711) Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-426-2774. (TTY 711) Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-426-2774 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí. (TTY 711)

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-426-2774. (TTY 711) Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-426-2774 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다. (TTY 711)

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-426-2774. (TTY 711) Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

:Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على بمساعدتك. هذه خدمة . سيقوم شخص ما يتحدث العربية1-888-426-2774مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على مجانية. (TTY 711)

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-426-2774 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है. (TTY 711)

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-426-2774. (TTY 711) Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-426-2774. (TTY 711) Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-426-2774. (TTY 711) Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-426-2774. (TTY 711) Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、[1-888-426-2774]にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。(TTY 711)