

Ésta es la Evidencia de Cobertura (EOC) 2009

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| 1. Introducción..... | 2 |
| 2. Cómo obtener atención o medicamentos recetados | 11 |
| 3. Sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro Plan | 28 |
| 4. Cómo presentar un Agravio | 34 |
| 5. Quejas y apelaciones sobre sus medicamentos recetados de la Parte D o servicios y atención médica de la Parte C | 37 |
| 6. Cómo terminar su membresía..... | 58 |
| 7. Definición de palabras importantes que aparecen en la Evidencia de Cobertura | 62 |
| 8. Números telefónicos y recursos de utilidad | 69 |
| 9. Avisos legales | 75 |
| 10. Cuál es el costo de su Plan de Beneficios Médicos de la Parte C o de Medicamentos Recetados de la Parte D | 76 |
| ▪ Exclusiones Generales | 111 |
| Índice | 115 |

Otros anexos:

Formulario

Resumen de Beneficios

Guía SilverSneakers

1. Introducción

Gracias por su membresía en nuestro Plan

Esta es su Evidencia de Cobertura y en ella le explicaremos cómo obtener cobertura en atención de salud y medicamentos de Medicare a través de nuestro Plan, un plan de Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés). Todavía recibirá cobertura de Medicare y, además, obtendrá atención médica y cobertura de medicamentos a través de nuestro Plan.

Esta Evidencia de Cobertura conjuntamente con su formulario de inscripción, aditamentos, formularios y enmiendas que le enviemos, consiste en nuestro contrato celebrado con usted. La Evidencia de Cobertura le explica sus derechos, beneficios y responsabilidades como miembro de nuestro plan y tiene vigencia durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2009. Nuestro plan tiene un contrato de renovación anual con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y no se garantiza la cobertura después de que termine el contrato del año actual.

Esta Evidencia de Cobertura le explicará:

- Lo que está cubierto en nuestro Plan y lo que no está cubierto.
- Cómo obtener los cuidados que necesita o los medicamentos que necesita, incluyendo algunas normas que debe seguir.
- Lo que va a tener que pagar por la atención de su salud o sus medicamentos recetados.
- Qué hacer si está descontento sobre algo relativo a la obtención de sus servicios cubiertos o sus medicamentos recetados.
- Cómo retirarse de nuestro Plan y otras opciones de Medicare que están disponibles incluyendo sus opciones para la continuación de la cobertura de medicamentos recetados con Medicare.

Esta sección de la Evidencia de Cobertura contiene información importante sobre:

- Requisitos de elegibilidad
- Área geográfica de servicio de nuestro Plan.
- Cómo mantener actualizado su registro como miembro
- Materiales que nuestro Plan le proporcionará.
- Pago de su prima del plan
- Penalidad por inscripción tardía
- Ayuda adicional de Medicare en el pago de los costos de su plan.

Requisitos de Elegibilidad

Para ser un miembro de nuestro Plan, usted debe vivir en nuestra área de servicio, tener derecho a la Parte A de Medicare, y debe estar inscrito en la Parte B de Medicare. Si actualmente paga una prima por la Parte A y la Parte B de Medicare, debe continuar pagando su prima para poder mantener su Parte A de Medicare o su Parte B de Medicare y para seguir siendo miembro de este plan.

Área geográfica de servicio para nuestro Plan.

A continuación se indican los condados en nuestra área de servicio.

Los condados de Atlantic, Bergen, Burlington, Camden, Cape May, Cumberland, Essex, Gloucester, Hudson, Hunterdon, Mercer, Middlesex, Monmouth, Morris, Ocean, Passaic, Salem, Somerset, Sussex, Union y Warren.

¿Cómo mantengo actualizado mi registro de miembro?

Tenemos un registro de su membresía. Su registro de miembro tiene información proveniente de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica en el Plan, incluyendo el Médico de Atención Primaria que eligió cuando se inscribió, y otras informaciones. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros, así como otros proveedores de red utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos para usted. La Sección 3 indica cómo protegemos la privacidad de su información personal de salud.

Por favor ayúdenos a mantener actualizado su registro de miembro informando a Servicios para Miembros si hay cambios en su nombre, dirección o número de teléfono o si usted va a una casa de reposo. También informe a Servicios para Miembros sobre cualquier cambio en otra cobertura del seguro de salud que tenga, tal como de su empleador, el empleador de su cónyuge, seguro de accidentes de trabajo, Medicaid o reclamaciones de responsabilidad civil por daños y perjuicios tal como reclamaciones derivadas de un accidente automovilístico.

Materiales que nuestro Plan le proporcionará

Tarjeta de membresía

Mientras sea miembro de nuestro Plan, usted debe usar nuestra tarjeta de miembro para los servicios cubiertos por este plan y la cobertura de medicamentos recetados en las farmacias de la red. Mientras sea miembro de nuestro Plan, no debe utilizar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios, ítems o medicamentos cubiertos. Conserve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso que la necesite posteriormente. Si usted obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro mientras sea miembro del plan, el Programa de Medicare no pagará por esos servicios y es posible que usted tenga que pagar el total de su costo.

Por favor lleve consigo en todo momento su tarjeta de miembro para mostrar su tarjeta cuando obtenga servicios cubiertos, ítems y medicamentos cubiertos. Si su tarjeta de miembro se daña, se pierde o se la roban llame a Servicio para Clientes de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

El Directorio de Proveedores le brinda una lista de los proveedores de la red.

Cada año como miembro de nuestro Plan, le enviaremos un Directorio de Proveedores o una actualización de su Directorio de Proveedores, con una lista de los proveedores de nuestra red. Si no cuenta con el Directorio de Proveedores, puede obtener una copia de Servicios para Miembros. Usted puede pedir a Servicios para Miembros información adicional sobre los proveedores de la red, incluyendo sus calificaciones y experiencia. Los Servicios para Miembros le pueden brindar la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red y respecto a cuáles están aceptando nuevos pacientes. En nuestro sitio Web www.horizonblue.com/medicare se encuentra disponible una lista completa de los proveedores de la red.

Puede pagar más por servicios médicos si no acude a un proveedor de la red, excepto en casos de emergencia y de cuidados de necesidad urgente cuando no esté disponible nuestra red, y por servicios de diálisis fuera del área. En el cuadro de beneficios de la Sección 10 podrá encontrar más información sobre cobertura fuera de la red.

El Directorio de Farmacia le brinda una lista de las farmacias de la red del Plan.

Como miembro nuestro Plan le enviaremos un Directorio de Farmacias completo que le proporciona una lista de nuestras farmacias de la red, por lo menos cada tres años, y una actualización de nuestro directorio de farmacias cada año que no le enviemos un Directorio de Farmacias completo. Usted puede utilizarlo para encontrar la farmacia de la red que le sea más cercana. Si no cuenta con el Directorio de Farmacias, puede obtener una copia de Servicios para Miembros. También le pueden brindar la información más actualizada sobre los cambios en la red de farmacias de este Plan, que puedan ocurrir durante el año. Además, usted puede encontrar esta información en nuestro sitio Web.

Explicación de Beneficios de la Parte D

¿Qué es una Explicación de Beneficios?

La Explicación de Beneficios (EOB) es un documento que recibirá cada mes que use su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. El EOB dirá la cantidad total que ha gastado en sus medicamentos recetados y la cantidad total que hemos pagado por sus medicamentos recetados. Una Explicación de Beneficios también está disponible a pedido. Para obtener una copia, sírvase contactar a Servicios para Miembros.

¿Qué información está incluida en la Explicación de Beneficios?

Su Explicación de Beneficios contendrá la información siguiente:

- Una lista de los medicamentos recetados que se ha abastecido durante el mes, así como la cantidad pagada por cada medicamento recetado.
- Información acerca de cómo solicitar una excepción y cómo apelar nuestras decisiones de cobertura.

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

- Una descripción de cambios al formulario que ocurrirán por lo menos dentro de 60 días en el futuro y que afectan a los medicamentos recetados que se han surtido;
- Un resumen de su cobertura de este año, incluyendo información acerca de:
 - **Cantidad pagadas por medicamentos** - A cantidad pagada que cuenta hacia su límite de cobertura inicial.
 - **Costos totales en efectivo que abonan a la cobertura de catástrofes** - La cantidad total que usted y/u otros han gastado en medicamentos recetados que cuenta para que usted califique para la cobertura catastrófica. Este total incluye las cantidades gastadas para su coseguro y sus copagos, y los pagos hechos en los medicamentos cubiertos por la Parte D después que usted alcanza el límite de cobertura inicial. (Esta cantidad no incluye los pagos hechos por su actual o antiguo empleador/sindicato, otro plan de seguro o póliza, un programa de salud financiado por el gobierno u otras partes excluidas.)

Prima mensual de su plan

El monto de la prima mensual descrito en esta sección no incluye las multas por inscripción tardía que deba pagar (si desea más información, consulte "¿Cuál es la multa por inscripción tardía del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare?" más adelante en esta sección).

Como miembro de nuestro Plan, usted paga:

- 1) Su prima mensual de la Parte B de Medicare. La mayoría de las personas pagarán el monto estándar de la prima, es decir, \$96,40 en el 2008. (Por lo general, la prima de la Parte B se deduce del pago de su Seguro Social). (Si recibe beneficios de su programa estatal Medicaid, la totalidad o parte de la prima de la Parte B podrá pagarse a su favor)

Su prima mensual será mayor si es soltero (declaración individual de renta) y su ingreso anual es superior a \$82.000, o si es casado (declaración de renta conjunta) y su ingreso anual es superior a \$164.000.

| Si su ingreso anual es* | | En el 2008, paga* |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------|
| Declaración individual de renta | Declaración de renta conjunta | |
| \$82,000 o menos | \$164,000 o menos | \$96.40 |
| \$82,001 a \$102,000 | \$164,001 a \$204,000 | \$122.20 |
| \$102,001 a \$153,000 | \$204,001 a \$306,000 | \$160.90 |
| \$153,001 a \$205,000 | \$306,001 a \$410,000 | \$199.70 |
| Más de \$205,000 | Más de \$410,000 | \$238.40 |

*Los montos de ingresos y primas de la Parte B citados anteriormente corresponden al 2008 y cambiarán para el 2009. Si paga una penalidad por inscripción tardía en la Parte B, el monto de la prima será mayor.

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

- 2) Su prima mensual de la Parte A de Medicare, si es necesario (la mayor parte de las personas no tiene que pagar esta prima).
- 3) Su prima mensual de nuestro plan, que aparece en la lista de la sección 10.

Si tiene preguntas sobre sus primas del Plan o los programas de pago, sírvase llamar a Servicios para Miembros.

Si cumple con los requisitos para recibir ayuda adicional de Medicare, denominada Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés), es posible que no tenga que pagar una parte o toda la prima mensual.

Nota: Si usted está obteniendo ayuda adicional (LIS) para el pago de su cobertura de medicamentos, el monto de la prima que usted paga como miembro de este Plan está listado en “Aditamento a la Evidencia de Cobertura para aquellos que reciben ayuda adicional para sus medicamentos recetados”. O si usted es un miembro del Programa Estatal de Asistencia de Farmacia (SPAP, por sus siglas en inglés), usted puede obtener ayuda con el pago de sus primas. Sírvase contactar a su SPAP en el número telefónico de la lista de la Sección 8 para determinar qué beneficios están disponibles para usted.

Opciones de pago de su prima mensual

Existen dos formas de pagar su prima mensual del plan.

Al momento de llenar su formulario de inscripción, seleccionó una opción para pagar sus primas. Puede cambiar esta opción cuando desee llamando a Servicios para Miembros. Si optó por la deducción automática de su cheque mensual de beneficio Seguro Social, deberá realizar directamente su pago mensual hasta que Medicare nos informe que el Seguro Social ha aceptado su solicitud. Las deducciones del Seguro Social podrán comenzar en dos o meses o más.

Opción uno: Pague su prima mensual directamente a nuestro Plan.

Usted puede elegir pagar su prima mensual directamente a nuestro Plan. Si desea que se le envíe una factura trimestral, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

Las primas deben pagarse el primer día del mes o del trimestre, y le concederemos un período de gracia de 60 días. Sírvase enviar su cheque a Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, P. O. Box 1759, Newark, NJ 07101.

También puede comunicarse con Servicios para Miembros para pagos telefónicos con su cuenta corriente. Para ello, deberá suministrar los códigos únicos que están en la parte inferior de su cheque.

Opción dos: Usted puede hacer que su prima mensual del plan sea deducida directamente de su pago mensual del Seguro Social.

Contacte con Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar su prima mensual de esta manera.

Nota: No recomendamos esta opción si está obteniendo ayuda adicional para el pago mensual de la prima de su plan de otra fuente como por ejemplo un Programa Estatal de Asistencia de Farmacia (SPAP). Los SPAP tienen nombres distintos en los diversos estados. Puede consultar la Sección 8 si desea mayor información sobre el nombre y el número telefónico del SPAP en su área. El Seguro Social sólo puede retener el monto total de la prima mensual del plan y no reconocerá los pagos de la prima mensual efectuados por otros como parte de este proceso.

¿Pueden cambiar sus primas mensuales durante el año?

La prima mensual relacionada con este plan no puede cambiar durante el año. Sin embargo, el monto que paga podría cambiar si cumple con los requisitos para recibir ayuda adicional por el costo de sus medicamentos recetados o si pierde la ayuda. Si la prima mensual de nuestro plan cambia el año siguiente, le informaremos en octubre y la nueva prima entrará en vigencia a partir del 1 de enero.

¿Cuál es la multa por inscripción tardía del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare?

Si usted no se une a un plan de medicamentos de Medicare cuando es elegible por primera vez, y se mantiene sin una cobertura acreditada de medicamentos recetados por un período de 63 días continuos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía al unirse posteriormente a un plan. El plan de medicamentos de Medicare le dirá cuál es el monto que se sumará a su prima mensual. El monto de la multa cambia cada año y tendrá que pagarla siempre que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Sin embargo, si calificó para la ayuda adicional, es posible que no tenga que pagar una multa.

Si usted tiene que pagar una multa por inscripción tardía, su multa es calculada cuando se inscribe por primera vez en un plan de medicamentos de Medicare. Para calcular su multa, tome el 1% de la prima de beneficiario de base nacional para el año de su inscripción (en 2009, la prima de beneficiario de base nacional es de \$30.36). Multiplíquela por el número de meses completos que usted fue elegible para unirse al plan de medicamentos de Medicare pero no lo hizo, y luego redondee dicho monto a los diez centavos más cercanos. Este es el monto estimado de su multa, el cual se agrega cada mes a su prima del plan de medicamentos de Medicare durante el tiempo en que usted esté en dicho plan.

Si está en desacuerdo con su multa de inscripción tardía, usted puede ser elegible para hacer que ésta sea reconsiderada (revisada). Llame a Servicios para Miembros para averiguar más acerca del proceso de reconsideración de multas por inscripción tardía y cómo pedir dicha revisión.

Usted no tiene que pagar una multa por inscripción tardía si:

- Tuvo una cobertura acreditada (en la que tenía que pagar, en promedio y como mínimo, un monto equivalente a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare)
- Tuvo una cobertura de medicamentos recetados, pero no le informaron adecuadamente que la cobertura no estaba acreditada (con beneficios equivalentes a los de Medicare)
- No tuvo la cobertura acreditada de medicamentos recetados en cualquier período de tiempo inferior a 63 días continuos

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

- Vivía en un área afectada cuando tuvo lugar el huracán Katrina (agosto de 2005) Y se inscribió para el plan de medicamentos recetados de Medicare antes del 31 de diciembre de 2006, Y permanece en un plan de medicamentos recetados de Medicare
- Recibió o está recibiendo ayuda adicional.

¿Qué sucede si no paga o demora el pago de sus primas mensuales?

Si tarda en el pago de sus primas, le informaremos por escrito que si no paga su prima mensual en una fecha determinada, incluido el período de gracia, terminaremos su membresía en nuestro Plan. El periodo de gracia de nuestro plan es de 60 días. Si terminamos su membresía, tendrá la cobertura del Plan Medicare Original.

Si usted decide más adelante volver a inscribirse en nuestro Plan, o inscribirse en otro de nuestros planes, tendrá que pagar todas las primas retrasadas que no pagó en su anterior inscripción en nuestro Plan.

¿Cuál es la ayuda adicional en el pago de los costos de mi plan?

Medicare brinda “ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas con ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su hogar o automóvil. Si usted califica obtendrá ayuda para pagar cualquier prima mensual de su plan de medicamentos de Medicare y los copagos de los medicamentos. Si califica esta ayuda adicional contará para sus costos de gastos de bolsillo.

¿Califico para la ayuda adicional?

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para la ayuda adicional en una de dos formas. La cantidad de ayuda adicional que obtenga dependerá de sus ingresos y recursos.

1. **Usted automáticamente califica para la ayuda adicional y no necesita solicitarla.** Si usted tiene cobertura plena de un programa estatal de Medicaid, obtiene ayuda de Medicaid para el pago de sus primas de Medicare (pertenece a un Programa de Ahorros de Medicare), o recibe beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario usted califica automáticamente para recibir la ayuda adicional y no tiene que solicitarla. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para la ayuda adicional.
2. **Solicita y califica para la ayuda adicional.** Usted puede calificar si su ingreso anual en 2008 es inferior a \$15,600 (individual y sin dependientes) o \$21,000 (casado, viviendo con su cónyuge y sin dependientes), y sus recursos son inferiores a \$11,990 (individual) o \$23,970 (casado y viviendo con su cónyuge). Estos recursos incluyen \$1,500 por persona para gastos funerarios. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones pero no su hogar o automóvil. Si piensa que puede calificar, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778) o visite www.socialsecurity.gov en la Internet. También puede presentar su solicitud en la oficina de Asistencia Médica Estatal (Medicaid). Luego que presenta la solicitud recibirá una carta por correo informándole si califica y lo que necesita hacer a continuación.

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

Los montos de ingresos y recursos citados anteriormente corresponden al 2008 y cambiarán para el 2009. Si usted vive en Alaska o Hawai, o paga por lo menos la mitad de los gastos de manutención de familiares dependientes, los límites de ingresos serán superiores.

¿Cómo cambian los costos cuando califica para la ayuda adicional?

Si califica para la ayuda adicional le enviaremos por correo un “Aditamento a la Evidencia de Cobertura para aquellos que reciben ayuda adicional para el pago de sus Medicamentos Recetados” que explica sus costos como miembro de nuestro Plan. Si el monto de su ayuda adicional cambia durante el año también le enviaremos por correo una versión actualizada del “Aditamento a la Evidencia de Cobertura para aquellos que reciben ayuda adicional para el pago de sus Medicamentos Recetados”.

¿Qué ocurre si usted considera que ha calificado para la ayuda adicional y que está pagando un monto de copago incorrecto?

Si considera que ha calificado para la ayuda adicional y cree que está pagando un monto de copago incorrecto cuando obtiene su medicamento recetado en una farmacia, nuestro Plan ha establecido un proceso por el cual puede solicitar ayuda en la recopilación de pruebas sobre su nivel de copago apropiado o, si ya cuenta con las pruebas, puede presentarlas. Por favor, comuníquese con Servicios para Miembros para solicitar ayuda en la recaudación y suministro de tales pruebas.

Cuando recibamos las pruebas de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema o implementaremos otros procedimientos para que realice en la farmacia el copago correcto de los próximos medicamentos recetados. Tenga la seguridad que si usted ha pagado demás en su copago, le reembolsaremos. Ya sea le remitiremos un cheque por el monto de su sobrepago o se lo deduciremos en futuros copagos. Por supuesto que si la farmacia no ha cobrado un copago de usted y considera su copago como una deuda, efectuaremos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su representación, efectuaremos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas sírvase contactar a Servicios para Miembros.

Información importante

Le enviaremos el Cuestionario para Beneficiarios con Cobertura de Medicamentos Recetados para poder saber así qué otra cobertura de salud o de medicamentos tiene además de este plan. Medicare requiere que obtengamos esta información de usted, así que cuando reciba la encuesta, sírvase llenarla y enviárnosla. Si cuenta con cobertura adicional de salud o medicamentos, debe informarnos de ello. La información que usted proporciona nos ayuda a calcular cuánto han pagado usted y otros por sus medicamentos recetados. Además, si usted pierde u obtiene cobertura adicional de salud o medicamentos recetados, sírvase llamar a Servicios para Miembros a fin de actualizar sus registros de membresía.

2. Cómo Obtener Atención y Medicamentos Recetados

Cómo obtener atención

¿Qué son “proveedores”?

“Proveedores” es el término que utilizamos para referirnos a médicos, profesionales de la salud, hospitales, e instalaciones de servicios de salud con licencia y certificación del estado y que cumplan los requisitos para recibir pagos de Medicare.

¿Qué son “proveedores de la red”?

Un proveedor es “proveedor de la red” cuando participa en nuestro Plan. Con lo anterior queremos decir que hemos concertado con ellos (por ejemplo mediante un contrato) para coordinar u ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro Plan. Los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

¿Qué son “servicios cubiertos”?

“Servicios cubiertos” es el término que se refiere a toda atención médica, servicios de salud, suministros y equipos que cubre nuestro Plan. Los servicios cubiertos están listados en la Tabla de Beneficios en la Sección 10.

¿Cuál es el costo de los “servicios cubiertos”?

La cantidad que usted paga por los servicios cubiertos aparece en la lista de la Sección 10.

Los proveedores que puede utilizar para obtener los servicios cubiertos por nuestro Plan.

Los proveedores que participan en nuestro Plan están incluidos en nuestro directorio de proveedores. Mientras sea miembro de nuestro Plan, puede recurrir a proveedores de la red o externos a la red. Sin embargo, los gastos en efectivo pueden ser mayores si acude a proveedores externos a la red, a excepción de casos de emergencia y servicios de diálisis fuera del área. Consulte la Sección 10 para ver los costos cuando obtiene servicios de proveedores de la red. Si un proveedor externo a la red le envía una factura que en su opinión debemos pagar, sírvase contactar con Servicios para Miembros o envíenos la factura para su pago. Nosotros le pagaremos a su médico por la parte que nos corresponde de la factura y le dejaremos saber cuánto, si acaso hay algo, es lo que usted debe pagar. Usted no tiene que pagar al proveedor externo a la red una cantidad superior a la que corresponde bajo el Plan Original de Medicare. Es mejor pedirle al proveedor externo que nos facture primero, pero si usted ya ha pagado por los servicios cubiertos le reembolsaremos la parte que nos corresponde. (Nótese que no podemos pagar a un proveedor que se ha dado de alta del programa Medicare. Antes de recibir servicios médicos consulte a su proveedor para confirmar que no se haya dado de alta de Medicare.)

Cómo escoger su Médico de Atención Primaria (PCP)

Un Médico de Atención Primaria, o PCP, es el médico que usted escoja para brindarle atención médica básica. Puede escoger a un médico de familia o un internista de nuestro directorio de proveedores. Si selecciona un PCP, tendrá un copago más bajo cuando visite su PCP.

¿Cómo selecciona o cambia de PCP?

Cuando usted se unió a nuestro plan, se le pidió que escogiera un PCP de nuestro directorio de proveedores. Si aún no ha escogido a un médico de atención primaria o desea cambiar el actual, por favor comuníquese con Servicios para Miembros. Luego de elegir su PCP, usted recibirá una carta que confirma su selección. Puede comunicarse con Servicios para Miembros cuando desee para cambiar su médico de atención primaria. También verificarán para asegurarse que el PCP al cual quiere cambiarse esté aceptando nuevos pacientes. Los Servicios para Miembros cambiarán su registro de miembro para incluir el nombre de su nuevo PCP, y le informarán sobre cuándo tendrá vigencia el cambio a su nuevo PCP. Si su médico de atención primaria se retira de nuestro Plan, le informaremos oportunamente y le ayudaremos a escoger a otro médico.

Cómo obtener la atención que necesita

Cuando usted o su PCP piensan que usted necesita un tratamiento especializado, puede ver a un especialista de la red o algunos otros proveedores, sin necesidad de remisión. Un especialista es un médico que brinda servicios de atención de la salud para una enfermedad específica o una parte del cuerpo humano. Entre los especialistas se incluyen entre otros a los siguientes médicos:

- oncólogos (que atienden a los pacientes con cáncer)
- cardiólogos (que atienden a los pacientes con enfermedades del corazón),
- ortopedistas (que atienden a los pacientes con determinadas enfermedades a los huesos, articulaciones o músculos).

Para algunos tipos de servicios, su PCP o médico puede necesitar obtener una aprobación anticipada de nuestro Plan (a esto se le llama obtener una "autorización previa").

Para poder aprovechar el costo compartido más bajo por los servicios de hospital, asegúrese que su médico está afiliado con un hospital de la red.

¿Qué ocurre si su médico u otro proveedor abandona su plan?

En ocasiones su proveedor de la red puede retirarse del Plan. Si esto ocurre, usted tendrá que cambiarse a otro proveedor que sea parte de nuestro Plan o tendrá que pagar más por servicios cubiertos. Servicios para Miembros puede ayudarle a encontrar y seleccionar otro proveedor.

Cómo obtener cuidados si tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de cuidados

¿Qué es una “emergencia médica”?

Una “emergencia médica” es cuando usted cree que su salud está en grave peligro. Una emergencia médica incluye dolor fuerte, una herida grave, una enfermedad repentina, o una afección médica que se está empeorando rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- Obtenga ayuda médica tan pronto como sea posible. Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias más cercana, hospital, o a un centro de cuidados urgentes. No necesita la aprobación o remisión previa de su médico de atención primaria ni de otro proveedor de la red.
- Tan pronto como sea posible, cerciórese de que su doctor está al tanto de su emergencia, porque debe tomar parte en el seguimiento de tal atención.

Podemos hablar con los médicos que le están dando la atención de emergencia para ayudarlo a controlar y hacer un seguimiento de su atención. Cuando los médicos que le están dando la atención de emergencia dicen que su condición es estable y que ha terminado la atención de emergencia, aún podrá continuar con “atención post-estabilización”. Su atención será cubierta de acuerdo con las pautas de Medicare. En general, si recibe atención de emergencia fuera de la red, le procuraremos proveedores de la red para que se hagan cargo de su atención en la medida que su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

- Puede obtener atención médica de emergencia cada vez que la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos. En esta sección hablaremos sobre los medicamentos recetados cuando no tenga acceso a una farmacia de la red.
- **Los servicios de ambulancia** están cubiertos en Estados Unidos cuando otros medios de transporte pondrían en peligro su salud. (Consulte la tabla de beneficios de la Sección 10 para obtener más información).
- La atención médica de emergencia está cubierta a nivel mundial. Por favor consulte la Sección 10 para obtener información adicional sobre estos beneficios y qué debe pagar.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted puede ir por una atención de emergencia, pensando que su salud se encuentra en serio peligro, y el médico le dice que después de todo no era una emergencia médica. Si esto ocurre, usted sigue estando cubierto por la atención que recibió para determinar qué era lo que estaba mal, siempre que usted pensara que su salud se encontraba en serio peligro, según se explica anteriormente en “¿Qué es una emergencia médica?”. Si usted recibe cualquier atención adicional después que el médico le dice que no era una emergencia médica, la cantidad por la atención adicional cubierta

que nosotros pagamos dependerá de si usted recibe la atención de los proveedores de la red. Si usted recibe la atención de proveedores de la red, usualmente sus costos serán menores que si los obtiene de proveedores externos a la red.

¿Qué son los cuidados de necesidad urgente?

Los cuidados de necesidad urgente se refieren a las situaciones que no son de emergencia en que usted:

- Está dentro de los Estados Unidos.
- Está temporalmente fuera del área de servicio del Plan.
- Necesita de atención médica inmediata por enfermedades, lesiones o afecciones imprevistas, y
- Esté en una situación en la que le no resulte razonable recibir atención médica a través de la red de proveedores del Plan.

Bajo circunstancias inusuales y extraordinarias, es posible que los cuidados sean considerados de necesidad urgente y costeados por nuestro plan cuando el miembro está en el área de servicio, pero la red de proveedores del Plan está temporalmente no disponible o inaccesible.

¿Cuál es la diferencia entre una “emergencia médica” y el “cuidado de necesidad urgente”?

Las dos diferencias principales entre los cuidados de necesidad urgente y la emergencia médica son el peligro a su salud y su ubicación. Una “emergencia médica” ocurre cuando usted considera en forma razonable que su salud está en serio peligro, ya sea que esté dentro o fuera del área de servicio. Los “cuidados de necesidad urgente” son aquellos en que usted necesita asistencia médica por una enfermedad, lesión o condición imprevista, pero su salud no está en serio peligro y por lo general usted está fuera del área de servicio.

Cómo obtener cuidados de necesidad urgente

Si mientras usted está temporalmente fuera del área de servicio del Plan requiere de cuidados de necesidad urgente, entonces puede obtener estos cuidados de cualquier proveedor.

Nota: Si usted tiene una necesidad médica apremiante que no es de emergencia mientras está en el área de servicio, debe obtener por lo general los servicios del Plan de acuerdo a sus procedimientos y requisitos como se indican en la primera parte de esta sección.

¿Cómo presenta un reclamo por escrito por una emergencia o un cuidado de necesidad urgente?

Cuando recibe servicios de emergencia o de cuidado de necesidad urgente de un proveedor que no pertenece a nuestra red, usted estará a cargo de pagar los costos compartidos del plan y deberá solicitar al proveedor que facture a nuestro Plan la parte del pago que nos corresponde. Sin embargo, si el proveedor le ha entregado una factura, sírvase enviar su reclamo a Horizon Healthcare of New Jersey, Inc. Servicios para Miembros, P.O. Box 820, Newark, New Jersey, 07101-0820, para que podamos pagar al proveedor la suma adeudada. Si tiene alguna pregunta

sobre lo que se le debe pagar al proveedor o a dónde enviar un reclamo por escrito, puede llamar a Servicios para Miembros.

¿Cuál es su costo por los servicios que no cubre nuestro Plan?

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos necesarios que contempla el plan Medicare Parte A y Parte B. Nuestro plan decide qué servicios médicos son necesarios con base en las normas de cobertura de Medicare. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro Plan. Otras secciones de este folleto describen los servicios que están cubiertos bajo nuestro Plan y las reglas que se aplican a la obtención de atención como un miembro del plan. Nuestro plan no podrá cubrir los costos de los servicios que Medicare no considera necesarios, aun si están en la lista de servicios cubiertos por nuestro Plan.

Si usted requiere de un servicio nuestro plan ha determinado como no necesario con base en las normas de cobertura de Medicare y no solicitó con antelación una determinación de la cobertura, tendrá que pagar todos los costos del servicio. Sin embargo, tiene el derecho de apelar la decisión.

Si usted tiene preguntas con respecto a si nuestro Plan pagará por un servicio o ítem, incluyendo los servicios del hospital como paciente interno, usted tiene el derecho de que se efectúe una determinación de la organización o una determinación de cobertura por el servicio. Usted puede llamar a Servicios para Miembros y decirnos que quisiera una decisión sobre si el servicio será cubierto antes de acceder a él.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficio, usted paga el costo total de los servicios que obtiene luego que ha utilizado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos incurridos una vez que alcanza el límite de beneficios, no cuentan hacia el máximo de gastos de bolsillo. Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto ha utilizado ya del límite de su beneficio.

¿Cómo puede participar en una prueba clínica?

Una “prueba clínica” es una forma de probar nuevos tipos de tratamiento médico, como por ejemplo qué tan bien trabaja un fármaco contra el cáncer. Una prueba clínica es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos e investigadores a verificar si un nuevo enfoque da resultados y es seguro.

El Plan Original de Medicare paga por los costos de rutina si usted participa en una prueba clínica que cumple con los requisitos de Medicare (es decir, una prueba "calificada" y aprobada por Medicare) Los costos de rutina incluyen costos como alojamiento y alimentación por una estadía en un hospital que Medicaid pagaría aún si usted no estuviera en una prueba, una operación para implantar un ítem que está siendo probado, e ítems y servicios para tratar los efectos secundarios y complicaciones que surgen del nuevo tratamiento. Generalmente, Medicare no cubrirá los costos de tratamiento experimental, como por ejemplo por fármacos o aparatos que están siendo examinados en una prueba clínica.

Existen ciertos requisitos para que Medicare dé cobertura a las pruebas clínicas. Si usted participa como un paciente en una prueba clínica que cumple con los requisitos de Medicare, el Plan Medicare Original (y no nuestro Plan) paga a los médicos de la prueba clínica y a los otros proveedores por los servicios cubiertos que usted recibe que están relacionados a la prueba clínica. Cuando está en una prueba clínica, usted puede estar inscrito en nuestro Plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica, como servicios de diagnóstico, atención de seguimiento y cuidado que no están relacionados con la prueba clínica por medio de nuestro Plan. Nuestro plan aún se responsabiliza de cubrir ciertos dispositivos del acuerdo de exenciones de dispositivos de investigación (IDE, por sus siglas en inglés), denominados dispositivos IDE Categoría B, que nuestros miembros necesiten.

Usted tendrá que pagar los mismos montos de coseguro cobrados bajo Medicare Original por los servicios que recibe cuando participa en una prueba clínica que califica, pero no tendrá que pagar los costos deducibles de la Parte A o B de Medicare Original, porque ya está inscrito en nuestro plan.

Usted no necesita obtener una referencia (aprobación anticipada) de un proveedor de la red para participar en una prueba clínica, y los proveedores de la prueba clínica no necesitan ser proveedores de la red. No obstante, por favor asegúrese de **informarnos antes de empezar su participación en una prueba clínica** para que podamos hacer un seguimiento de sus servicios de atención médica. Cuando usted nos comunica que va a empezar a participar en una prueba clínica, le podemos informar si ésta ha sido aprobada por Medicare y qué servicios obtendrá de los proveedores de la prueba a cambio de los de nuestro plan.

Puede consultar o descargar la publicación "Medicare y los ensayos clínicos" en www.medicare.gov. En "Herramientas de Búsqueda", seleccione "Buscar una Publicación de Medicare". También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cómo obtener cuidados en Instituciones Religiosas No Médicas de Atención de la Salud

Bajo ciertas condiciones, la atención en Instituciones Religiosas No Médicas de Atención de la Salud certificadas por Medicare (RNHCI, por sus siglas en inglés) está cubierta por nuestro Plan. Los servicios cubiertos en una RNHCI están limitados a los aspectos no religiosos de la atención. El requisito para acceder a los servicios cubiertos de una RNHCI es tener una afección médica que requiera atención en un hospital como paciente interno o en una instalación de enfermería especializada. Usted puede obtener servicios que se proporcionen en el hogar pero sólo los ítems y servicios usualmente proporcionados por agencias de atención de la salud en el hogar que no son RNHCI. Además, debe firmar un documento legal que exprese que usted está opuesto conscientemente a la aceptación de un tratamiento médico "no exceptuado". (El tratamiento médico "exceptuado" es la atención médica o tratamiento que usted recibe de manera involuntaria o que es exigido por la ley federal, estatal o local. El tratamiento médico "No exceptuado" es cualquier otro tratamiento o atención médica.) Su estadía en la RNHCI no está cubierta por nuestro Plan salvo que usted obtenga una autorización (aprobación) previa de

nuestro plan. Aplican los límites de cobertura de Medicare sobre pacientes internos. Consulte la Tabla de Beneficios de la Sección 10 para obtener más información.

Cómo Obtener Medicamentos Recetados

¿Cuál es el costo de los medicamentos cubiertos?

La cantidad que usted paga por los medicamentos cubiertos aparece en la lista de la Sección 10.

Si tiene Medicare y Medicaid

Medicare, no Medicaid, pagará por la mayoría de sus medicamentos recetados. Usted continuará recibiendo su cobertura de salud tanto bajo Medicare como Medicaid siempre que usted califique para los beneficios de Medicaid.

Si usted es un miembro del Programa Estatal de Asistencia en Farmacia (SPAP, por sus siglas en inglés)

Si actualmente está inscrito en un SPAP, usted puede obtener ayuda pagando sus primas o los costos compartidos. Sírvase contactar a su SPAP para determinar qué beneficios están disponibles para usted. Los SPAP tienen nombres distintos en los diversos estados. Puede consultar la Sección 8 si desea mayor información sobre el nombre y el número telefónico del SPAP en su área.

¿Cuáles medicamentos cubre este Plan?

¿Qué es un formulario?

Un formulario es una lista de los medicamentos que cubrimos. Generalmente cubriremos los medicamentos listados en nuestro formulario siempre que el medicamento sea medicamento necesario, se adquiera el medicamento recetado en una farmacia de la red y se sigan otras reglas de cobertura. Para ciertos medicamentos recetados, tenemos requisitos adicionales de cobertura o límites en nuestra cobertura. Estos requisitos y límites están descritos más adelante en esta sección bajo el título "Administración de la Utilización".

Los medicamentos en el formulario son seleccionados por nuestro Plan con la ayuda de un equipo de proveedores de atención de la salud. En el formulario se incluyen tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico es uno recetado que tiene la aprobación de la Administración de Fármacos y Alimentos (FDA), ya que contiene el (los) mismo(s) principio(s) activo(s) del medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos. En algunos casos, la ley prohíbe la cobertura de Medicare de cierto tipo de medicamentos. (Consulte la Sección 10 para obtener más información acerca de los tipos de medicamentos que por lo común no cubre un Plan de Medicamentos

Recetados de Medicare.). En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento particular en nuestro formulario.

En ciertas situaciones, también se puede cubrir los medicamentos recetados adquiridos en una farmacia fuera de la red. Encuentre información más adelante en esta sección sobre la obtención de un medicamento recetado en una farmacia de fuera de la red.

¿Cómo averigua qué medicamentos están en el formulario?

Cada año le enviaremos un formulario actualizado para que pueda saber qué medicamentos están en nuestro formulario. En nuestro sitio de Internet, puede conseguir información actualizada sobre los medicamentos que cubre nuestro Plan. También puede llamar a Servicios para Miembros para averiguar si su medicamento está en el formulario o puede pedir una copia actualizada de nuestro formulario.

¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los medicamentos en nuestro formulario están organizados en diferentes niveles de medicamentos, o en diferentes grupos de tipos de medicamentos. Su coseguro o copago dependen del nivel de medicamentos en que está su medicamento.

Usted puede pedir que hagamos una excepción (que es un tipo de determinación de cobertura) al nivel en que se encuentra ubicado su medicamento. Consulte la Sección 5 para informarse más acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Puede cambiar el formulario?

Es posible que hagamos algunos cambios a nuestro formulario durante el año. Los cambios en el formulario pueden afectar cuáles medicamentos están cubiertos y cuánto pagará cuando adquiera su medicamento recetado. Entre los tipos de cambios al formulario que podemos hacer se incluyen:

- Agregar o retirar medicamentos del formulario
- Agregar autorizaciones previas, límites de cantidades, y/o restricciones de terapia escalonada para un medicamento
- Cambiar un medicamento a un nivel de costo compartido superior o inferior

Si eliminamos medicamentos del formulario, o agregamos autorizaciones anteriores, límites de cantidades y/o restricciones de terapia escalonada en un medicamento o movemos un medicamento a un nivel más alto de costo compartido, y usted está tomando el medicamento afectado por el cambio, se le permitirá continuar tomando ese medicamento al mismo nivel de costo compartido por el período restante del año del Plan. Sin embargo, si un medicamento de marca es sustituido por un nuevo medicamento genérico, o nuestro formulario es cambiado como resultado de la existencia de nueva información sobre la seguridad o efectividad de un medicamento, usted puede verse afectado por este cambio. Le informaremos del cambio con por lo menos 60 días de anticipación a la fecha en que el cambio es efectivo o le brindaremos un suministro para 60 días en la farmacia. Así tendrá la oportunidad de procesar con su médico el cambio a otro medicamento que cubramos o solicitar una excepción. (Si un medicamento es retirado de nuestro formulario porque el medicamento ha sido retirado de las farmacias, no

daremos un aviso con 60 días de anticipación antes de retirar el medicamento del formulario. En vez de ello, eliminaremos inmediatamente el medicamento y notificaremos del cambio a los miembros que toman el medicamento tan pronto sea posible).

¿Qué pasa si su medicamento no está en el formulario?

Si su medicamento recetado no está en la lista de su formulario, en primer lugar debe consultar el formulario de nuestro sitio de Internet, el cual actualizamos por lo menos cada mes (si surge un cambio). De igual manera, puede contactar con Servicios para Miembros y cerciorarse de que el medicamento no está cubierto. Si Servicios para Miembros confirma que nosotros no cubrimos su medicamento, usted tiene dos opciones:

1. Puede pedirle a su médico si se puede cambiar a otro medicamento que está cubierto por nosotros. Si desea darle a su médico una lista de medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar afecciones médicas similares, sírvase contactar a Servicios para Miembros o consulte el formulario de nuestro sitio Web.
2. Usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción (un tipo de determinación de cobertura) para que cubramos su medicamento. Si paga el medicamento de su bolsillo, solicita una excepción y nosotros la aprobamos, el Plan le reembolsará su dinero. Si la excepción no es aprobada, usted puede apelar la denegación del Plan. Consulte la Sección 5 para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción o una apelación.

En algunos casos, le contactaremos si está tomando un medicamento que no está en nuestro formulario. Le podemos dar los nombres de medicamentos cubiertos que también se utilizan para tratar su afección para que le pueda preguntar a su médico si alguno de estos medicamentos es una opción para su tratamiento.

Si se ha unido a este Plan recientemente, es posible que obtenga un suministro temporal de un medicamento que ha estado tomando cuando se unió a nuestro Plan si éste no está en nuestro formulario.

Política de Transición

Los nuevos miembros de nuestro Plan pueden estar tomando medicamentos que no figuran en nuestro formulario o que están sujetos a ciertas restricciones, tales como autorización previa o terapia escalonada. Los miembros actuales también pueden verse afectados por cambios en nuestro formulario de un año a otro. Los miembros deben conversar con sus médicos para decidir si deben cambiarse a un medicamento apropiado que cubrimos o solicitar una excepción en el formulario con el fin de obtener cobertura para el medicamento. Consulte la Sección 5 bajo “¿Qué es una excepción?” para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción. Por favor contacte al Servicios para Miembros si su medicamento no está en nuestro formulario, está sujeto a determinadas restricciones tales como autorización previa o terapia escalonada, o si no va a continuar en nuestro formulario el año siguiente, y si necesita ayuda para el cambio a otro medicamento que cubrimos o para solicitar una excepción del formulario.

Durante el período de tiempo en que los miembros estén consultando con sus médicos para determinar el curso a seguir, es posible que suministremos un abastecimiento temporal del

medicamento que no figura en el formulario si aquellos miembros necesitan reabastecerse del medicamento durante los primeros 90 días de su nueva membresía en nuestro Plan. Si usted es un miembro actual afectado por un cambio en el formulario de un año a otro, le proporcionaremos un suministro temporal del medicamento que no figura en el formulario si necesita un reabastecimiento del medicamento durante los primeros 90 días del nuevo año del plan.

Cuando un miembro se presenta en una farmacia de la red y le suministramos temporalmente un medicamento que no está en nuestro formulario o que tiene restricciones o límites de cobertura (aunque por otro lado es considerado “medicamento de la Parte D”), cubriremos el suministro por 30 días (salvo que en la receta se indiquen menos días). Luego que cubrimos el suministro temporal de 30 días, por lo general no pagamos nuevamente por estos medicamentos como parte de nuestra política de transición. Le brindaremos una notificación escrita luego que cubrimos su suministro temporal. Esta notificación explicará los pasos que puede tomar para solicitar una excepción y cómo coordinar con su médico para decidir si debe cambiarse a un medicamento apropiado que cubrimos.

Si el nuevo miembro es un residente de una instalación de atención para condiciones a largo plazo (como una casa de reposo), cubriremos un suministro temporal de transición de 31 días (salvo que en la receta médica se indique un número menor de días). Si es necesario, cubriremos más de una renovación de estos medicamentos durante los primeros 90 días para un nuevo miembro inscrito en nuestro Plan. Si un residente ha estado inscrito en nuestro Plan por un período mayor de 90 días y necesita un medicamento que no figura en nuestro formulario o que está sujeto a otras restricciones, tal como la terapia escalonada o límites de dosis, cubriremos un suministro temporal de emergencia de 31 días para dicho medicamento (salvo que la receta médica sea por un número menor de días) mientras que el nuevo miembro solicita una excepción al formulario.

También habrá un suministro transicional en caso de que deba cambiar el lugar de tratamiento, por ejemplo, de un hospital al hogar.

Por favor tome nota que nuestra política de transición se aplica sólo a aquellos medicamentos que son “Medicamentos de la Parte D” comprados en una farmacia de la red. La política de transición no podrá ser utilizada para comprar un medicamento que no sea de la Parte D o un medicamento fuera de la red, salvo que califique para un acceso de fuera de la red. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre los medicamentos que no son de la Parte D.

Programas de Administración de Medicamentos

Administración de la utilización

Para ciertos medicamentos recetados, tenemos requisitos adicionales de cobertura o límites en nuestra cobertura. Estos requisitos y límites aseguran que nuestros miembros utilicen estos medicamentos de la manera más efectiva y también nos ayudan a controlar los costos del plan de medicamentos. Un equipo de médicos y/o farmacéuticos elaboraron estos requisitos y límites

para nuestro Plan, ayudándonos así a brindar una cobertura de calidad a nuestros miembros. Por favor, consulte el ejemplar de su formulario o el formulario de nuestro sitio web si desea mayor información sobre estos límites y requisitos.

Se indican a continuación los requisitos para la cobertura o los límites para determinados medicamentos:

Autorización Previa: Necesitamos que obtenga autorización previa (aprobación previa) para determinados medicamentos. Esto significa que sus proveedores deberán contactarnos antes de que le surtan su medicamento recetado. Es posible que no cubramos el medicamento si no contamos con la información necesaria para aceptar la autorización previa.

Límites de Cantidad: Para determinados medicamentos limitamos el monto del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido. Por ejemplo, otorgaremos hasta 90 tabletas por un período de 90 días de un medicamento del formulario.

Terapia Escalonada: En algunos casos le requerimos que usted primero pruebe un medicamento para tratar su condición médica antes que cubramos otro medicamento para dicha condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B ambos sirven para tratar su condición médica, es posible que requiramos que su médico recete el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no le brinda resultados entonces cubriremos el Medicamento B.

Sustitución por un Genérico: Cuando exista disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le pueden recomendar o proveer la versión genérica salvo que su médico nos indique que usted debe tomar el medicamento de marca y hayamos aprobado este pedido.

Buscando en el formulario o en el sitio Web o llamando a Servicios para Miembros, usted puede averiguar si el medicamento que toma está sujeto a estos requisitos o límites adicionales. Si su medicamento está sujeto a una de estas restricciones o límites adicionales y su médico determina que usted no puede cumplir con las restricciones o límites adicionales por motivos de necesidad médica, usted o su médico pueden solicitar una excepción (que es un tipo de determinación de cobertura). Consulte la Sección 5 para obtener más información acerca de cómo solicitar una excepción.

Revisión de la utilización de medicamentos

Nosotros llevamos a cabo revisiones de la utilización de medicamentos de todos nuestros miembros para asegurarnos de que ellos están obteniendo una atención segura y apropiada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un médico que les receta medicamentos. Nosotros realizamos revisiones de la utilización del medicamento cada vez que usted se reabastece de un medicamento recetado y de manera regular al revisar nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos problemas con los medicamentos tales como:

- Posibles errores en medicamentos
- Medicamentos duplicados que no son necesarios debido a que está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.

- Medicamentos que no son apropiados debido a su edad o sexo.
- Posibles interacciones dañinas entre los medicamentos que está tomando
- Alergias a medicamentos
- Errores en las dosis de los medicamentos

Si identificamos un problema de medicamentos durante nuestra revisión de la utilización de medicamentos recetados, colaboraremos con su médico para corregir el problema.

Programas de administración de terapia de medicamentos

Ofrecemos programas de administración de terapia de medicamentos sin costo adicional a los miembros que tienen múltiples afecciones médicas, que están tomando muchos medicamentos recetados y que tienen costos altos de medicamentos. Estos programas fueron elaborados para nosotros por un equipo de farmacéuticos y médicos. Nosotros utilizamos estos programas de administración de terapia de medicamentos para ayudarnos a proporcionar una mejor cobertura para nuestros miembros. Por ejemplo, estos programas nos ayudan a asegurarnos que nuestros miembros están utilizando los medicamentos apropiados para tratar sus afecciones médicas y para ayudarnos a identificar posibles errores en los medicamentos.

Es posible que contactemos a miembros que califican para estos programas. Si le contactamos, esperamos que usted se una para así poder ayudarle a administrar sus medicamentos. Recuerde, usted no necesita pagar nada adicional para participar.

Si usted es seleccionado para unirse al programa de administración de terapia de medicamentos, le enviaremos información acerca del programa específico, incluyendo información acerca de cómo acceder al programa.

¿Cómo su inscripción en este Plan afecta a la cobertura de los medicamentos cubiertos bajo la Parte A o la Parte B de Medicare?

Cubrimos medicamentos en las Partes A, B y D de Medicare. La cobertura de la Parte D no afecta la cobertura de Medicare sobre medicamentos que por lo general cubre la Parte A o B. Según el lugar donde reciba sus medicamentos, por ejemplo, en el consultorio médico o en una farmacia de la red, puede presentarse una diferencia en el costo compartido de tales medicamentos. Usted puede contactar a nuestro Plan con respecto a los costos distintos asociados con los medicamentos disponibles en diferentes contextos y situaciones.

Si usted es miembro de un grupo de un empleador o de jubilados

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o de su cónyuge) o grupo de jubilados, sírvase contactar a su administrador de beneficios para determinar cómo funcionará con este Plan su cobertura actual de medicamentos recetados. En general, si está empleado actualmente, la cobertura de medicamentos recetados que obtiene de nosotros será secundaria a la cobertura de grupo de su empleador o de jubilados.

Cada año (antes del 15 de noviembre), su empleador o grupo de jubilados deberán darle un aviso de exención de responsabilidad en el que se indique si su medicamento cubierto está acreditado (es decir, por el que se espera pagar en promedio como mínimo el valor de la cobertura estándar de medicamentos de Medicare) y las opciones disponibles. Usted debe conservar en sus registros personales las notificaciones de divulgación que recibe cada año para presentarlas al plan de la Parte D cuando se inscriba, para mostrar que ha mantenido una cobertura acreditada. Si usted no recibió esta notificación de divulgación, puede obtener una copia del administrador de beneficios del empleador o del grupo de jubilados, o del empleador o sindicato.

Uso de las farmacias de la red para obtener sus medicamentos

A excepción de algunos casos que se mencionan más adelante en esta sección, en “¿Cómo obtener medicamentos recetados fuera de la red?”, **deberá acudir a las farmacias de la red para obtener sus medicamentos cubiertos.** Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nosotros para suministrarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que son cubiertos por nuestro Plan. Los medicamentos cubiertos están incluidos en nuestro formulario (la lista de medicamentos aprobados por el plan).

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos sólo si se surten en una de nuestras farmacias de la red. No está obligado a acudir a la misma farmacia siempre para obtener su medicamento recetado, sino que puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Sin embargo, si cambia a otra farmacia de la red debe tener ya sea una nueva receta escrita por un médico o hacer que la farmacia anterior transfiera la receta médica existente a la nueva farmacia si quedan renovaciones. Sírvase consultar su Directorio de Farmacias para buscar las farmacias de la red en su área. También puede visitar nuestro sitio web o llamar a Servicios para Miembros.

¿Qué ocurre si una farmacia ya no es una farmacia de la red?

A veces una farmacia puede dejar la red del Plan. Si esto ocurre usted debe obtener sus medicamentos recetados en otra farmacia de la red del Plan. Sírvase consultar su Directorio de Farmacias o llamar a Servicios para Miembros para obtener otra farmacia de la red en su área.

¿Cómo obtener un medicamento recetado en una farmacia de la red?

Para obtener su medicamento recetado usted debe mostrar su tarjeta de miembro del Plan en una de nuestras farmacias de la red. Si no tiene consigo su tarjeta de miembro cuando quiera obtener su medicamento recetado, puede hacer que la farmacia llame a Caremark al 1-800-364-6331 para obtener la información necesaria. Si la farmacia no puede conseguir la información necesaria, posiblemente deberá pagar el costo total del medicamento. Si esto ocurre (en lugar de pagar sólo el coseguro o copago) nos puede pedir que le reembolsemos su dinero presentándonos un reclamo. Para saber cómo presentar un reclamo por escrito, sírvanse consultar el proceso de reclamos por escrito descrito en la subsección a continuación denominada “¿Cómo presento un reclamo por escrito?”.

¿Cómo obtener un medicamento recetado a través de nuestro servicio de farmacia por pedidos por correo de la red de nuestro Plan?

Cuando solicita medicamentos recetados a través de nuestro servicio de farmacia por pedidos por correo de la red, puede solicitar por lo menos el suministro para 90 días del medicamento.

Por lo general al servicio de farmacia de pedidos por correo le toma 10 días para procesar su pedido y enviárselo. Sin embargo, en algunas oportunidades su pedido por correo puede retrasarse. Si esto ocurre, coordinaremos con la farmacia de pedidos por correo para transferir el medicamento recetado a una farmacia de venta libre en la ubicación que le sea más conveniente.

No está obligado a utilizar los servicios de pedidos por correo para obtener un suministro amplio de medicamentos de mantenimiento. En vez de ello, tiene la opción de utilizar otra farmacia minorista de la red para que le suministren medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias están de acuerdo en aceptar el monto de costos compartidos para pedidos por correo de una gran variedad de medicamentos de mantenimiento, de lo cual puede resultar una diferencia a su favor en los costos que desembolse. En su Directorio de Farmacias está la información sobre las farmacias minoristas de nuestra red, donde podrá obtener un amplio suministro de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

Si desea formatos de pedido o información sobre cómo obtener medicamentos por correo, comuníquese con Servicios para Miembros o ingrese a www.caremark.com. Note que debe utilizar nuestro servicio de pedidos por correo de la red. No están cubiertos los medicamentos recetados que reciba mediante otro servicios de pedidos por correo.

¿Cómo obtengo medicamentos fuera de la red?

Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio donde puede obtener sus medicamentos cubiertos como miembro de nuestro Plan. Por lo general, sólo cubrimos los medicamentos obtenidos en una farmacia de fuera de la red en circunstancias limitadas y no rutinarias cuando no hay disponible una farmacia de la red. A continuación le presentamos algunas circunstancias en que cubrimos medicamentos recetados obtenidos en una farmacia de fuera de la red. Antes de obtener su medicamento recetado en estas circunstancias, llame a Servicios para Miembros para consultar si hay una farmacia de la red en su área donde pueda obtener su medicamento recetado. Si usted acude a una farmacia de fuera de la red debido a las circunstancias indicadas a continuación es posible que tenga que pagar el costo total (en lugar de pagar sólo su coseguro o copago) cuando obtenga su medicamento recetado. Nos puede pedir que le reembolsemos por nuestra parte del costo presentándonos un reclamo por escrito. Nos debe presentar un reclamo si obtiene un medicamento recetado en una farmacia de fuera de la red, ya que todo monto que pague por un medicamento cubierto en la Parte D le ayudará a calificar para la cobertura catastrófica. Para saber cómo presentar un reclamo por escrito, sírvanse consultar el proceso de reclamos por escrito descrito en la subsección a continuación denominada “¿Cómo presento un reclamo por escrito?”.

Cubriremos medicamentos en farmacias externas a la red en las siguientes circunstancias:

- Si está viajando dentro de territorio estadounidense y se enferma o pierde o se termina su medicamento.
- Si necesita un medicamento debido a una emergencia médica o a cuidados de necesidad urgente.

¿Cómo presenta un reclamo por escrito?

Puede presentar su reclamo del reembolso de sus gastos en medicamentos en las siguientes situaciones:

- **Medicamentos comprados fuera de la red.** Cuando usted acude a una farmacia de la red y utiliza nuestra tarjeta de miembro, su reclamo es presentado automáticamente ante nosotros por la farmacia. Sin embargo, si acude a una farmacia de fuera de la red e intenta utilizar nuestra tarjeta de miembro por uno de los motivos indicados anteriormente en la sección "¿Cómo obtener medicamentos recetados fuera de la red?", es posible que la farmacia no pueda presentar el reclamo directamente ante nosotros. Cuando ello ocurra, tendrá que pagar el costo total de su medicamento recetado y presentar un reclamo por escrito. Este tipo de solicitud de reembolso se considera una solicitud de determinación de cobertura y está sujeta a las normas que aparecen en la Sección 5.
- **Medicamentos que paga en su totalidad cuando no tiene tarjeta de membresía.** Si paga el costo total de un medicamento (en lugar de pagar solamente el coseguro o copago) porque no tenía la tarjeta de miembro al solicitar su medicamento, puede presentar un reclamo en el que nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Este tipo de solicitud de reembolso se considera una solicitud de determinación de cobertura y está sujeta a las normas que aparecen en la Sección 5.
- **Medicamentos que paga en su totalidad en otras situaciones.** Si paga el costo total de un medicamento (en lugar de pagar solamente el coseguro o copago) porque por alguna razón no está cubierto (por ejemplo, el medicamento no está en el formulario o está sujeto a requisitos o límites de cobertura) y lo necesita de inmediato, puede presentar un reclamo por escrito en el que nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo. En estas situaciones, es posible que su médico deba presentar documentación adicional para respaldar su solicitud. Este tipo de solicitud de reembolso se considera una solicitud de determinación de cobertura y está sujeta a las normas que aparecen en la Sección 5.
- **Medicamentos adquiridos a un mejor precio.** En circunstancias poco comunes cuando usted está en un "gap" (vacío de garantía) de cobertura o período de deducible y ha comprado un medicamento cubierto por la Parte D en una farmacia de la red bajo un precio especial o tarjeta de descuento que está fuera del beneficio del Plan, puede presentar un reclamo por escrito para que sus gastos en efectivo puedan utilizarse para su calificación en la cobertura de catástrofes
- **Copagos de medicamentos bajo programas de atención al paciente de fabricantes de medicamentos.** Si obtiene ayuda y hace el pago de copagos bajo un programa de asistencia para pacientes del fabricante del medicamento que está fuera del beneficio de

nuestro Plan, usted puede presentar el reclamo por el monto que pagó y hacer que cuente para que califique para la cobertura catastrófica.

Puede pedir que le reembolsemos por nuestra parte del costo presentándonos un reclamo por escrito. **No olvide incluir los recibos en su reclamo.**

Sírvase enviarnos esta solicitud de reembolso a la dirección mencionada bajo las **Determinaciones de Cobertura de la Parte D** en la Sección 8.

¿Cómo funciona su cobertura de medicamentos recetados si usted va a un hospital o instalación de enfermería especializada?

Si usted es admitido a un hospital para una estadía cubierta por Medicare, el beneficio médico de nuestro Plan (Parte C) debe cubrir en forma general el costo de sus medicamentos recetados mientras se encuentra en el hospital. Una vez que se le ha dado de alta, los beneficios de la Parte D de nuestro plan cubrirán sus medicamentos recetados siempre que cumplan con los requisitos de cobertura (como por ejemplo que los medicamentos figuren en nuestro formulario, sean adquiridos en una farmacia de la red, etc. y no estén cubiertos por el beneficio médico de la Parte C). También cubriremos sus medicamentos recetados si son aprobados bajo el procedimiento de determinación de cobertura, excepciones o apelaciones de la Parte D.

Si ingresa a una institución de enfermería especializada por una estadía que Medicare cubre: Después de que los beneficios médicos de nuestro plan (Parte C) dejen de pagar el costo de sus medicamentos como parte de su estadía en instalaciones de enfermería especializada cubiertas por Medicare, los beneficios de nuestro plan de la Parte D cubrirán sus medicamentos, siempre que el medicamento cumpla con todos los requisitos de cobertura (como estar en nuestro formulario, que las instalaciones pertenezcan a nuestra red, que los medicamentos no estén cubiertos por el plan de beneficios médicos (Parte C)). Cuando usted ingresa, vive en, o deja una instalación de enfermería especializada, usted tiene derecho a un período especial de inscripción, durante este tiempo podrá dejar este Plan y unirse a un nuevo Plan Medicare Advantage o al Plan Original de Medicare. Consulte la Sección 6 de este folleto para obtener más información acerca de cómo dejar este Plan y unirse a un nuevo Plan de Medicare.

Farmacias de cuidados de largo plazo (LTC)

Por lo general, los residentes de una instalación de cuidados de largo plazo (como una casa de reposo) pueden tener acceso a sus medicamentos recetados a través de la farmacia de LTC de la instalación u otra farmacia de LTC de la red. Sírvase consultar su Directorio de Farmacias para averiguar si su farmacia de LTC es parte de nuestra red. Si no lo es o para obtener más información contacte con Servicios para Miembros.

Farmacias con infusiones caseras

Nuestro plan cubrirá la terapia de infusiones caseras si:

- Su medicamento recetado figura en nuestro formulario del Plan o se ha otorgado una excepción al formulario para su medicamento recetado.
- Su medicamento recetado no está cubierto de otra forma bajo la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan ha aprobado su medicamento recetado para una terapia de infusión casera, y
- La receta para su medicamento recetado ha sido emitida por un médico autorizado.

Sírvase consultar su Directorio de Farmacias para encontrar un proveedor de farmacia de infusión casera en su área. Para obtener más información contacte con Servicios para Miembros.

Algunas vacunas y medicamentos pueden ser administrados en el consultorio de su médico

Es posible que cubramos vacunas que son preventivas por naturaleza y que no estén cubiertas por el beneficio médico de nuestro Plan (Parte C). Esta cobertura incluye el costo de la administración de la vacuna. Consulte la Sección 10 para obtener más información acerca de los costos cubiertos de vacunas.

3. Sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro Plan

Introducción a sus derechos y protecciones

Dado que usted tiene Medicare, usted cuenta con ciertos derechos que le ayudan a protegerse. En esta Sección le explicamos sus derechos y protecciones de Medicare como miembro de nuestro Plan y, le explicamos qué puede hacer si considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados.

Su derecho a ser tratado con dignidad, respeto e imparcialidad

Usted tiene el derecho a ser tratado con dignidad, respeto e imparcialidad en todo momento. Nuestro Plan debe acatar las leyes que le protegen contra la discriminación o un tratamiento injusto. No discriminamos por motivos de raza, incapacidad, religión, sexo, orientación sexual, salud, etnia, credo, edad u origen. Si necesita ayuda para comunicarse, como la de un traductor o intérprete, por favor llame a Servicios para Miembros. Los Servicios para Miembros también pueden ayudarle si necesita presentar una queja sobre el acceso (como el acceso en silla de ruedas). También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY/TDD 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

Su derecho a la privacidad de sus expedientes médicos e información personal de salud

Existen leyes estatales y federales que protegen la privacidad de sus expedientes médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud bajo estas leyes. Toda información personal que usted nos da cuando se inscribe en este plan está protegida. Nos aseguramos que personas no autorizadas no vean ni cambien sus expedientes. Por lo general debemos obtener su autorización escrita (o de la persona a quien usted ha dado poder legal para tomar decisiones en su representación) antes que nos sea posible entregar su información de salud a otra persona que no le está brindando cuidados o pagando por ellos. Existen excepciones permitidas o requeridas por ley tal como la divulgación de información de salud a las agencias gubernamentales que están verificando la calidad de los cuidados. El Plan divulgará su información, incluso su información sobre los medicamentos recetados, a Medicare, quien puede divulgarla para fines de investigación y otros fines que acatan todas las regulaciones y estatutos Federales aplicables.

Las leyes que protegen su privacidad le dan derechos relativos a la obtención de la información y al control de cómo se utiliza su información de salud. Estamos obligados a brindarle un aviso que le informa sobre estos derechos y le explica cómo proteger la privacidad de su información de salud. Tiene el derecho de ver sus expedientes médicos conservados por el Plan y obtener una copia de los mismos (es posible que se cobre una tarifa por hacer las copias). Usted también tiene el derecho de pedirnos que efectuemos agregados o correcciones a sus expedientes médicos (si lo solicita revisaremos su pedido y determinaremos si los cambios son apropiados). Usted tiene el derecho de saber cómo se ha divulgado su información de salud y si se ha utilizado para fines

que no son de rutina. Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal y expedientes médicos, sírvase llamar a Servicios para Miembros.

Su derecho a ver a los proveedores de la red, obtener servicios cubiertos, y a conseguir sus medicamentos dentro de un período de tiempo razonable

Como se expone en este folleto, usted puede recibir atención de médicos de la red y de otros proveedores de salud que hagan parte de nuestro Plan. También puede ser atendido por médicos externos a la red y otros proveedores de salud que no hagan parte de nuestro Plan. Usted tiene el derecho a acudir a un especialista en la salud de la mujer (tal como un ginecólogo). Usted tiene el derecho a acceder oportunamente a sus proveedores y a acudir a especialistas cuando se requieran los cuidados de un especialista. “Acceso oportuno” significa que usted obtiene sus citas y servicios dentro de un período razonable de tiempo.

Usted tiene el derecho de tener un acceso oportuno a sus medicamentos recetados en cualquier farmacia de la red.

Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su cuidado de la salud.

Usted tiene el derecho a obtener plena información de sus proveedores cuando acuda para cuidados médicos y el derecho a participar plenamente en decisiones sobre su atención de la salud. Sus proveedores le deben explicar las cosas en una forma en que usted pueda entender. Sus derechos incluyen conocer todas las opciones de tratamientos que se recomiendan para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro Plan. Esto incluye el derecho de saber acerca de los distintos Programas de Administración de Terapia con Medicamentos que ofrecemos y en cuáles puede participar. Usted tiene el derecho a ser informado sobre todos los riesgos involucrados en su cuidado. Se le debe informar por adelantado si los cuidados o tratamientos médicos propuestos forman parte de un experimento de investigación y se le debe dar la opción de rehusar tratamientos experimentales.

Usted tiene el derecho de obtener una explicación detallada por parte nuestra si considera que un proveedor le ha denegado cuidados que en su opinión usted tenía derecho a obtener o que considera que debe continuar recibiendo. En estos casos, usted debe solicitar una decisión inicial denominada una determinación de la organización o una determinación de cobertura. Las determinaciones de la organización y de cobertura son tratadas en la Sección 5.

Usted tiene el derecho de rehusarse a aceptar un tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otra instalación médica, incluso si su médico le recomienda que no la deje. Esto incluye el derecho a dejar de tomar su medicamento. Si usted rechaza el tratamiento acepta la responsabilidad por lo que ocurra como resultado de su rechazo del tratamiento.

Su derecho a utilizar las directrices anticipadas (tal como un testamento vital o un poder)

Usted tiene el derecho a pedir a alguien tal como un miembro de su familia o amigo que le ayude con las decisiones sobre su atención de la salud. A veces, las personas no están en capacidad de tomar por sí mismos las decisiones sobre la atención de la salud debido a accidentes o lesiones graves. Si usted lo desea, puede utilizar un formulario especial para otorgar a alguien la autoridad legal de tomar decisiones por usted, si usted está incapacitado de tomar las decisiones por sí mismo. Usted también tiene el derecho de dar a sus médicos instrucciones escritas sobre cómo desea que administren sus cuidados médicos si usted no está en condiciones de tomar decisiones por sí mismo. Los documentos legales que usted utiliza para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones son llamadas las “directrices anticipadas”. Existen distintos tipos de directrices anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados “testamento vital” y “poder para la atención de la salud” son ejemplos de las directrices anticipadas.

Si desea tener una directriz anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social, o de alguna tienda de suministros de oficina. En ciertos casos puede obtener formularios de directrices anticipadas de las organizaciones que brindan información sobre Medicare. Sin tener en cuenta dónde consiga este formulario, recuerde que se trata de un documento legal. Debiera considerar hacer que un abogado le ayude a prepararlo. Es importante firmar este formulario y conservar una copia en casa. Usted debe dar una copia del formulario a su médico y a la persona que designa en el formulario para que tome decisiones por usted si usted está imposibilitado de hacerlo. También debiera dar copias a amigos cercanos o miembros de la familia.

Si usted sabe por adelantado que va a estar hospitalizado y ha firmado una directriz anticipada, lleve una copia con usted al hospital. Si usted es admitido en el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de una directriz anticipada y si la tiene consigo. Si usted no ha firmado un formulario de directriz anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea llenar una directriz anticipada (incluyendo si desea firmar una si está en el hospital). De acuerdo a la ley, nadie le puede denegar cuidados o discriminar contra usted en base a si ha firmado o no una directriz anticipada. Si usted ha firmado una directriz anticipada y considera que el médico o el hospital no han seguido las instrucciones allí indicadas, puede presentar una queja a Healthcare Quality Strategies, Inc., 557 Cranbury Road, Suite 21, East Brunswick, NJ 08816, número de teléfono 1-800-624-4557.

Su derecho a obtener información sobre nuestro Plan

Usted tiene el derecho de obtener de nosotros información acerca de nuestro Plan. Esto incluye información sobre nuestra situación financiera y sobre la posición de nuestro Plan en relación con otros. Para obtener cualquier información sobre esto, llame a Servicios para Miembros.

Su derecho a recibir información en otros formatos

Tiene derecho a que todas sus preguntas sean contestadas. Nuestro plan está en la obligación de disponer de traductores y servicios de traducción para responder a las preguntas de los beneficiarios no hablantes de inglés. Asimismo, debe brindar información accesible y adecuada sobre los beneficios para las personas que, de acuerdo con Medicare, son discapacitadas. Si tiene alguna dificultad para acceder a la información de su plan a causa del idioma o de una discapacidad, comuníquese con 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Su derecho a obtener información sobre nuestras farmacias o proveedores de la red.

Usted tiene derecho a obtener información sobre nuestras farmacias, proveedores de red y sus cualidades, y sobre cómo remuneramos a nuestros doctores. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros.

Su derecho a obtener información sobre sus medicamentos y la atención sus servicios médicos Parte C y los costos.

Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte sobre cualquier medicamento, atención o servicio médico de la Parte C que no cubra nuestro Plan. Le debemos informar por escrito del motivo por el cual no pagaremos ni aprobaremos medicamentos, atención o servicios médicos de la Parte C, y cómo puede presentar una apelación para solicitarnos cambiar esta decisión.

Consulte la Sección 5 para obtener más información sobre la presentación de una apelación.

También tiene el derecho a solicitar esta explicación aun cuando reciba medicamentos, atención o servicios médicos de la Parte C de una farmacia o proveedor no afiliado a nuestra organización. Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte sobre cualquiera de los requisitos de administración de utilización, tal como la terapia escalonada o la autorización previa que pueden aplicarse a su plan. Por favor consulte el formulario de nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Su derecho a presentar quejas

Usted tiene el derecho de presentar una queja si tiene inquietudes o problemas relativos a su cobertura o cuidados. Consulte la Sección 4 y la Sección 5 para obtener más información sobre la presentación de quejas. Si usted presenta una queja, le debemos tratar justamente (es decir sin tomar represalias contra usted) debido a que ha presentado una queja. Usted tiene el derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y agravios que los miembros han presentado contra nuestro Plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros.

Si tiene alguna inquietud sobre la privacidad o la seguridad de su información o tiene alguna pregunta o queja de nuestras prácticas de privacidad, comuníquese, por favor, con Servicios para Miembros o contacte con el funcionario encargado de la privacidad en: 3 Penn Plaza East, PP-16F, Newark, NJ 07105-2200. También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles (ver abajo).

Cómo obtener más información sobre sus derechos

Si tiene preguntas o inquietudes sobre sus derechos y protecciones puede

1. Llamar a los Servicios para Miembros en el número indicado en la carátula de este folleto.
2. Recibir ayuda gratuita de su Programa Estatal de Atención en Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés). La información de contacto de su SHIP está ubicada en la Sección 8 de este folleto.
3. Visitar www.medicare.gov para consultar o descargar la publicación “Sus derechos y protecciones de Medicare.”
4. Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué puede hacer si considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados?

Si usted considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, puede llamar a Servicios para Miembros o:

- Si usted considera que ha sido tratado injustamente debido a su raza, color, origen nacional, incapacidad, edad, o religión, puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY/TDD 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.
- Si usted tiene cualquier otro tipo de inquietudes o problemas relativos a sus derechos y protecciones de Medicare descritos en esta sección, también puede obtener ayuda de su SHIP.

Entre sus responsabilidades como miembro de nuestro Plan están:

- Familiarizarse con su cobertura y las normas que debe acatar para obtener los cuidados como miembro. Usted puede utilizar este folleto para aprender sobre su cobertura, lo que tiene que pagar y las normas que debe acatar. Si tiene preguntas llame a Servicios para Miembros.
- Uso de toda su cobertura de seguro Si usted tiene cobertura adicional de un seguro de salud o de medicamentos recetados, además de nuestro Plan, es importante que utilice su otra cobertura en combinación con nuestra cobertura como miembro de nuestro Plan para pagar sus gastos por medicamentos recetados o por la atención de su salud. A esto se le llama “coordinación de beneficios” porque involucra la coordinación de todos los beneficios de medicamentos o de su salud que están a su disposición.
- **Usted está obligado a informar a nuestro Plan si cuenta con un seguro de salud adicional o con cobertura adicional de medicamentos. Llame a Servicios para Miembros.**
- Informar a los proveedores cuando solicita atención (salvo que sea una emergencia) que está inscrito en nuestro Plan y debe presentar al proveedor su tarjeta de membresía del plan.
- Dar a su médico y a otros proveedores la información que necesitan para brindarle cuidados y seguir los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus médicos

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

acuerden. Asegurarse de preguntar a sus médicos y otros proveedores si tiene alguna pregunta y hacer que le expliquen su tratamiento en una forma que entienda.

- Desempeñarse en una forma que apoye los cuidados brindados a otros pacientes y que ayude al desenvolvimiento eficiente del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- Pagar sus primas del plan y sus copagos o coseguros por sus servicios cubiertos. Usted debe pagar por los servicios que no están cubiertos.
- Informarnos cuando se muda. Si se muda dentro de nuestra área de servicio, necesitaremos mantener actualizado su registro de membresía. Si se muda afuera del área de servicio, no podrá seguir como miembro de nuestro plan, pero le podemos informar si tenemos otro plan en su nueva área.
- Hacernos saber si tiene alguna pregunta, inquietud, problema o sugerencia. De ser así, sírvase llamar a Servicios para Miembros.

4. Cómo presentar un Agravio

¿Qué es un Agravio?

Un agravio es una queja diferente de una solicitud de determinación inicial o de una apelación, como se describe en la Sección 5 de este manual.

Un agravio no involucra problemas relativos a la aprobación o al pago por los medicamentos de la Parte C o los cuidados o servicios médicos de la Parte C, ni los problemas sobre ser dado de alta del hospital demasiado pronto, ni los problemas por los servicios que terminan demasiado pronto en las Instalaciones de Enfermería Especializada (SNF), en la Agencia de Atención de la Salud en el Hogar (HHA), o los de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF).

Si no pagamos o le proporcionamos los cuidados o servicios de la Parte C o los medicamentos de la Parte D que desea, considera que está siendo dado de alta del hospital o SNF demasiado pronto, o sus servicios de HHA o CORF concluyen demasiado pronto, debe seguir las reglas señaladas en la Sección 5.

¿Qué tipo de problemas pueden llevarle a presentar un agravio?

- Problemas con el servicio que recibe de Servicios para Miembros.
- Si usted siente que le están animando a que deje (se desafilie de) el Plan.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no darle una decisión “rápida” o una apelación “rápida”. Tratamos con más detalle estas decisiones y apelaciones rápidas en la Sección 5.
- No le damos una decisión dentro del período de tiempo requerido.
- No le proporcionamos los avisos requeridos.
- Usted cree que nuestros avisos y otros materiales escritos son difíciles de entender.
- Espera mucho tiempo para obtener sus medicamentos recetados.
- Comportamiento descortés de parte de farmacéuticos de la red u otro miembro del personal.
- No enviamos su caso a la Entidad Independiente de Revisión si no le brindamos una decisión a tiempo.
- Problemas respecto a la calidad de la atención o servicios médicos que reciba, incluyendo la calidad de los cuidados durante una estadía en un hospital.
- Problemas relativos a cuánto tiempo tiene que esperar en el teléfono, en la sala de espera, o en la sala de exámenes.
- Problemas en obtener citas cuando las necesita, o esperar demasiado tiempo por ellas.
- Comportamiento descortés de parte de médicos, enfermeras, recepcionistas, u otro miembro del personal.
- Limpieza o presentación de consultorios médicos, clínicas, u hospitales.

Se denomina "presentar un agravio" cuando surgen estos problemas y se quiere presentar una queja.

Quién puede presentar un agravio

Usted o cualquier persona que usted designe puede presentar un agravio. La persona designada será su "representante". Puede nombrar a un pariente, un amigo, su abogado, un intercesor, su médico o a cualquier otra persona. Es posible que otras personas ya estén autorizadas por un tribunal o puedan representarlo conforme a la ley estatal. Si desea que lo represente alguien que no ha sido autorizado por un tribunal o por la ley estatal, entonces usted y la persona deben firmar una declaración fechada que otorga a la persona el permiso legal de ser su representante. Si desea mayor información sobre cómo designar a su representante, puede comunicarse con Servicios para Miembros.

Cómo presentar un agravio con nuestro Plan

Si tiene alguna queja, usted o su representante pueden llamar al número telefónico de **Agravios de la Parte C** (para quejas de la atención o servicios médicos de la Parte C), o **Agravios de la Parte D** (por quejas sobre los medicamentos de la Parte D) que aparece en la Sección 8. Trataremos de resolver su queja por teléfono. Si solicita una respuesta o presenta un agravio por escrito o su queja está relacionada con la calidad de la atención médica, de igual forma le responderemos por escrito. **Si no podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar sus quejas. A esto le llamamos un procedimiento formal para agravios.** Si debe presentar un agravio formal, puede escribir a nuestra división de agravios. Si desea conocer la información de contacto, sírvase remitirse a la Sección 8. Cerciórese de suministrar toda la información atinente. *(También tiene el derecho a solicitar una respuesta rápida a su agravio. Refiérase a la sección siguiente titulada, "Decisiones rápidas" y a la Sección 5 para obtener más información relacionada con quejas y apelaciones despachadas).*

El agravio debe presentarse dentro de los 60 días siguientes al suceso o incidente. Nosotros debemos atender sus agravios tan rápidamente como lo requiera su caso en base a su estado de salud, pero no más tarde de 30 días después de recibir su queja. Si pide una extensión, le podemos ampliar el período de tiempo hasta en 14 días, o si justificamos una necesidad para información adicional y la demora le conviene. Si negamos su agravio de forma parcial o total, le explicaremos por escrito nuestra decisión y le comunicaremos sus opciones para la resolución de disputas.

Respuestas rápidas a agravios

En casos determinados, tiene el derecho a solicitar que a su agravio se le dé respuesta rápida, es decir, en las siguientes 24 horas. Las situaciones en las que puede solicitar una respuesta rápida a su agravio se abordan en la Sección 5.

Por problemas relativos a la calidad de la atención, usted también puede presentar una queja a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés).

Usted puede quejarse sobre la calidad de los cuidados recibidos bajo Medicare, "incluyendo los cuidados recibidos durante una estadía en un hospital". Puede presentarnos sus quejas mediante

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

el proceso de agravios, o a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, o puede presentarlas a los dos. Si presenta su queja ante la QIO, debemos colaborar con esta entidad en la resolución. Puede consultar la Sección 8 si desea mayor información sobre la QIO y sobre el nombre y el número telefónico de la QIO en su estado.

5. Quejas y Apelaciones sobre su(s) medicamento(s) de la Parte D y sobre la atención o servicios médicos de la Parte C.

Introducción

En esta sección se explica cómo se solicita la cobertura de los medicamentos de la Parte D y la atención o servicios médicos de la Parte C o de los pagos en diferentes situaciones. En esta sección se expone cómo presentar una queja cuando considera que le han dado de alta muy pronto o que han terminado antes de lo debido sus servicios de instalación de enfermería especializada (SNF), atención médica en su casa (HHA) o de instalación integral para pacientes externos (CORF). Las clases de solicitudes y quejas se abordan en las Partes 1, 2 ó 3.

Los demás reclamos que no están contemplados en los tipos de solicitudes o quejas que se abordan en las Partes 1, 2 y 3 se consideran **agravios**. Puede presentar un agravio por cualquier problema no relacionado con la cobertura de medicamentos de la Parte D o de atención o servicios médicos de la Parte C que tenga con nosotros o uno de nuestros proveedores de red. Para obtener mayor información acerca de los agravios, consulte la Sección 4.

Parte 1. Solicitudes de medicamentos de la Parte D o de atención o servicios médicos de la Parte C o pagos.

Parte 2. Quejas si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Parte 3. Quejas si considera que se terminan demasiado pronto sus servicios en una instalación de enfermería especializada (SNF), de salud en el hogar (HHA) o una instalación integral de rehabilitación para pacientes externos (CORF).

PARTE 1. Solicitudes de medicamentos de la Parte D, de atención o servicios médicos o de pagos.

En esta parte se explica qué puede hacer si tiene problemas para recibir medicamentos de la Parte D, atención o servicios médicos de la Parte C, o el pago (incluido el monto que usted pagó) de medicamentos de la Parte D o la atención o servicio médico de la Parte C que haya recibido.

Si tiene problemas para recibir medicamentos de la Parte D, atención o servicios médicos de la Parte C, o el pago de un medicamento de la Parte D, atención o servicio médico de la Parte C que haya recibido, debe solicitar ante el plan una determinación inicial.

Determinaciones iniciales

Nuestras determinaciones iniciales son el punto de partida para tratar sus solicitudes sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D o atención o servicios médicos de la Parte C, o sobre el pago de un medicamento de la Parte D o una atención o servicio médico de la Parte C

que haya recibido. Las decisiones iniciales que se tomen sobre los medicamentos de la Parte D se denominan "**determinaciones de la cobertura**". La decisión inicial sobre la atención o los servicios médicos de la Parte C se denomina "**determinaciones de la organización**". A partir de esta decisión, le manifestaremos si se le suministrará el medicamento de la Parte D o la atención o servicio de la Parte C que está solicitando, o si pagaremos el medicamento, atención o servicio que recibió.

Algunos ejemplos de solicitudes de determinaciones iniciales son los siguientes:

- Usted nos solicita que pagemos por un medicamento recetado que ha recibido.
- Usted solicita un medicamento de la Parte D que no está en la lista de medicamentos cubiertos del patrocinador de su plan (llamado un "formulario"). Se trata de una solicitud de "excepción del formulario". **Consulte más adelante "¿Qué es una excepción?" si desea más información sobre los procesos de excepción.**
- Usted solicita una excepción a nuestras herramientas para la administración de la utilización – tal como autorización previa, límites de dosis, límites de cantidades, o requisitos de terapia escalonada. Solicitar una excepción para una herramienta para la administración de la utilización es un tipo de excepción del formulario. **Consulte a continuación "¿Qué es una excepción?" para obtener más información acerca del proceso de excepciones.**
- Usted solicita un medicamento no preferencial de la Parte D al nivel preferencial del costo compartido. Se trata de una solicitud de "excepción de nivel". **Consulte más adelante "¿Qué es una excepción?" si desea más información sobre los procesos de excepción.**
- Usted nos solicita que le devolvamos el costo por un medicamento que compró en una farmacia fuera de la red. En ciertas circunstancias, el Plan cubrirá las compras de fuera de la red, incluyendo los medicamentos que le proporcionan en el consultorio de su médico. Consulte "Obtención de Medicamentos Recetados Fuera de la Red" en la Sección 2 para ver una descripción de estas circunstancias.
- No está recibiendo la atención o los servicios médicos de la Parte C que usted quiere y piensa que el Plan los cubre.
- No aprobamos el tratamiento médico que su médico u otro proveedor médico desea darle, y usted cree que este tratamiento está cubierto por el Plan.
- Le dicen que un tratamiento o servicio médico que ha estado recibiendo será reducido o detenido, y usted cree que esto podría hacer daño a su salud.
- Ha recibido atención o servicios de la Parte C que en su opinión deben ser cubiertos por el plan, pero nos hemos negado a pagar por tal cuidado.

¿Qué es una excepción?

Una excepción es una clase de determinación inicial (también denominada "determinación de cobertura") relativa a un medicamento de la Parte D. Usted o su médico nos pueden solicitar que hagamos una excepción a nuestras reglas de cobertura de la Parte D en numerosas situaciones.

- Usted nos puede solicitar que cubramos su medicamento de la Parte D aún si éste no está en nuestro formulario. La Parte D del plan no puede cubrir medicamentos excluidos.
- Usted nos puede solicitar una exoneración a las restricciones o límites de cobertura en su medicamento Parte D. Por ejemplo, para ciertos medicamentos Parte D, limitamos la

cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento Parte D tiene un límite de cantidad, nos puede solicitar que le exoneremos del límite y le cubramos por una cantidad mayor. Vea la Sección 2 (“Administración de la Utilización”) para informarse acerca de nuestras restricciones o límites de cobertura adicionales en ciertos medicamentos”.

- Usted nos puede solicitar que le proporcionemos un nivel de cobertura más alto para su medicamento Parte D. Si su medicamento de la Parte D está incluido en nuestro nivel no preferente, nos puede solicitar que en su lugar cubramos la cantidad de costo compartido que se aplica a medicamentos del nivel preferente. Esto reduciría la cantidad del copago que debe realizar por su medicamento de la Parte D. Sírvase notar, si le concedemos su solicitud de cubrir un medicamento Parte D que no está en nuestro formulario, usted no podrá solicitarnos que proporcionemos un nivel de cobertura más alto por el medicamento. Asimismo, puede solicitarnos una cobertura de mayor nivel de los medicamentos de la Parte D que están en el nivel de especiales o autoinyectables.

Generalmente, sólo aprobaremos su solicitud para una excepción si los medicamentos Parte D alternativos incluidos en el formulario del Plan o el medicamento Parte D en el nivel preferencial no serían tan efectivos en tratar su afección y/o haría que le produzcan consecuencias médicas adversas.

Su médico debe presentar una declaración respaldando su solicitud de excepción. Para que nos ayude a tomar una decisión más rápidamente, nos debe enviar la información médica de respaldo de su médico con la solicitud de excepción.

Si le aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación es válida por el resto del año del Plan, siempre que su médico continúe recetándole el medicamento Parte D y éste continúa siendo seguro para tratar su afección. Si le denegamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Nota: Si aprobamos su solicitud de excepción para un medicamento de la Parte D que no está en el formulario, no puede solicitar una excepción para la cantidad del copago o del coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

Puede llamarnos al número de teléfono que aparece bajo **Determinaciones de Cobertura de la Parte D** en la Sección 8 para hacer este tipo de solicitudes.

¿Quién puede solicitar una determinación inicial?

Usted, una persona designada o su médico pueden solicitar una determinación inicial. La persona designada será su "representante designado". Puede nombrar a un pariente, un amigo, su abogado, un intercesor, su médico o a cualquier otra persona. Las otras personas pueden actuar en su representación si la ley estatal las autoriza. Si desea que lo represente alguien que no ha sido autorizado por la ley estatal, entonces usted y la persona deben firmar una declaración fechada que otorga a la persona el permiso legal de ser su representante designado. Si está solicitando atención o servicios médicos de la Parte C, debe enviarnos esta declaración a la dirección o el fax que aparece en la lista de "**Determinaciones de la Organización sobre la Parte C**" en la Sección 8". Si está solicitando medicamentos de la Parte D, debe enviarnos esta declaración a la dirección o el fax que aparece en la lista de "**Determinaciones de Cobertura**

sobre la **Parte D**" en la Sección 8". Si desea mayor información sobre cómo designar a su representante, puede comunicarse con Servicios para Miembros.

Usted también tiene el derecho a que un abogado interceda por usted. Puede contactar con su abogado, averiguar el nombre de un abogado de un colegio local o utilizar otros servicios de referencia. También existen grupos que pueden ofrecerle servicios legales gratuitos, si cumple los requisitos.

Solicitud de una determinación inicial "estándar" o "rápida".

Las decisiones sobre si suministraremos pagaremos un medicamento de la Parte D o una atención o servicio de la Parte C que usted solicite pueden ser decisiones "estándar" que se toman en un período estándar, o decisiones "rápidas" que se toman más rápido. Una decisión rápida también se denomina una decisión "agilizada".

Solicitud de una decisión estándar

Para solicitar una decisión estándar para proporcionar medicamentos de la Parte D o atención o servicios médicos de la Parte C, usted, su médico o su representante deben enviar un fax a los números o escribirnos a la dirección que aparecen en la lista **Determinaciones de Cobertura de la Parte D** (para apelaciones sobre medicamentos de la Parte D) o **Determinaciones de la Organización sobre la Parte C** (para apelaciones sobre atención o servicios médicos de la Parte C) de la Sección 8.

Solicitud de una decisión rápida

Usted puede solicitar una decisión rápida **solamente** si usted o su médico creen que esperar por una decisión estándar podría dañar seriamente su salud o su capacidad para funcionar. (Las decisiones rápidas se aplican solamente a solicitudes de beneficios que usted todavía no ha recibido. Usted no puede obtener decisiones rápidas si está pidiendo que le devolvamos el pago de un beneficio que ya ha recibido.)

Si está solicitando un medicamento de la Parte D o una atención o servicio de la Parte C que no ha recibido aún, usted, su médico o su representante pueden solicitar una decisión rápida llamando, enviando un fax o escribiéndonos a los números o la dirección que aparece en la lista **Determinaciones de Cobertura sobre la Parte D** (para apelaciones sobre medicamentos de la Parte D) o a **Determinaciones de la Organización sobre la Parte C** (para apelaciones sobre la atención o los servicios de la Parte C) de la Sección 8.

Asegúrese de pedir una revisión "rápida", o "agilizada". Si su médico solicita una decisión rápida para usted, o le respalda para que pida una, y el médico indica que esperar por una decisión estándar podría dañar seriamente su salud o su capacidad para funcionar, nosotros automáticamente le brindaremos una decisión rápida.

Si usted solicita una decisión rápida sin el respaldo de un médico, nosotros decidiremos si su salud requiere de una decisión rápida. Si decidimos que su condición médica no satisface los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta informándole que si usted obtiene el respaldo de un médico para la revisión rápida, nosotros le brindaremos automáticamente una

decisión rápida. En la carta también le diremos cómo presentar un “agravio rápido”. Usted tiene derecho a presentar un agravio rápido si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar su solicitud de revisión rápida (para mayor información sobre agravios rápidos, refiérase a la Sección 4). Si le denegamos su solicitud de una determinación inicial rápida, le daremos una decisión estándar.

¿Qué ocurre cuando presenta una solicitud de una determinación inicial?

- Para obtener una determinación inicial estándar sobre un medicamento de la Parte D, (que incluye una solicitud acerca de la devolución del pago por un medicamento de la Parte D que usted ya ha recibido).

Generalmente, debemos brindarle nuestra decisión a más tardar 72 horas después que recibimos su solicitud, pero lo haremos antes si su solicitud es de medicamentos de la Parte D que aún no haya recibido y que su enfermedad lo exija. No obstante, si su solicitud involucra una solicitud para una excepción (incluyendo una excepción del formulario, excepción de nivel, o una excepción de las reglas de administración de la utilización – tales como autorización previa o de límites de cantidad o requisitos de terapia escalonada), debemos darle nuestra decisión a más tardar 72 horas después de recibir la “declaración de respaldo” de su médico, que explica por qué es medicamento necesario el medicamento que está solicitando.

Si no ha recibido una respuesta de nuestra parte en las 72 horas siguientes a recibir su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico, si su solicitud es sobre una excepción) ésta pasará automáticamente al Nivel de Apelación 2.

- Para obtener una determinación inicial rápida acerca de un medicamento de la Parte D que aún no haya recibido.

Si le damos una revisión rápida, le brindaremos nuestra decisión dentro de 24 horas después que usted o su médico soliciten una revisión rápida. Le brindaremos antes la decisión si su condición de salud requiere que lo hagamos. Si su solicitud involucra una solicitud para una excepción, le daremos nuestra decisión a más tardar 24 horas después de haber recibido la “declaración de respaldo” de su médico, que explica por qué es medicamento necesario el medicamento que está solicitando.

Si decidimos que es elegible para una revisión rápida y usted no ha recibido una respuesta de nuestra parte en las 24 horas siguientes a recibir su solicitud (o una declaración de respaldo de su médico, si se trata de la solicitud de una excepción) ésta pasará automáticamente al Nivel de Apelación 2.

- Decisión sobre el pago de una atención o servicio médico de la Parte C que usted ya recibió.

Si ya contamos con la información necesaria, podemos tomar una decisión hasta 30 días después de recibir su solicitud, aunque un número reducido de decisiones puede tomar más tiempo. Sin embargo, si necesitamos más información, podemos tomar una decisión

hasta 60 días después de recibir su solicitud. Se le informará por escrito cuando tomemos la decisión.

Si no ha recibido una respuesta de nuestra parte dentro de 60 días después de su solicitud, tiene el derecho de apelar esta decisión.

- Decisión estándar sobre atención o servicios médicos de la Parte C que aun no ha recibido.

Después que recibimos su solicitud nosotros tenemos 14 días para tomar una decisión. Sin embargo, nos puede tomar hasta 14 días más si usted solicita el tiempo adicional, o si necesitamos reunir información adicional (como los expedientes médicos) que le puede beneficiar. Si tomamos días adicionales, le notificaremos por escrito. Si usted cree que no debemos tomar días adicionales, usted puede hacer un tipo específico de reclamo llamado un “agravio rápido”. Para obtener mayor información acerca de los agravios de respuesta rápida, consulte la Sección 4.

Si usted no ha recibido una respuesta de nuestra parte dentro de los 14 días después de su solicitud (o al final de cualquier período de tiempo extendido), usted tiene el derecho de apelar.

- Decisión rápida sobre atención o servicios médicos de la Parte C que aun no ha recibido.

Si usted recibe una decisión “rápida”, nosotros le daremos nuestra decisión acerca de su atención médica solicitada dentro de las 72 horas después de recibir la solicitud. Sin embargo, nos puede tomar hasta 14 días más si descubrimos que falta alguna información que le puede beneficiar, o si usted necesita de más tiempo para prepararse para esta revisión. Si tomamos días adicionales, le notificaremos por escrito. Si usted cree que no debemos tomar ningún día adicional, usted puede presentar un agravio rápido. Le llamaremos tan pronto hayamos tomado la decisión.

Si no le comunicamos nuestra decisión dentro de 72 horas (o hacia el final de cualquier período de tiempo extendido), tiene el derecho de apelar. Si le denegamos su solicitud de una decisión rápida, usted puede presentar un “agravio rápido”. Para mayor información sobre agravios, consulte la Sección 4.

¿Qué ocurre si decidimos completamente a su favor?

- Para obtener una decisión estándar sobre un medicamento de la Parte D, (que incluye una solicitud acerca de la devolución del pago por un medicamento de la Parte D que usted ya ha recibido).

Nosotros debemos cubrir el medicamento de la Parte D que usted ha solicitado tan rápidamente como lo requiera su salud, pero no más tarde de las 72 horas después de que hemos recibido la solicitud. Si su solicitud involucra una solicitud para una excepción, nosotros debemos cubrir el medicamento de la Parte D a más tardar en las 72 horas después de haber recibido la “declaración de respaldo” de su médico. Si está pidiendo

que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D que ya ha pagado y recibido, nosotros debemos enviarle el pago a más tardar 30 días calendarios después de que recibimos la solicitud (o declaración de respaldo en el caso de solicitudes de excepciones).

- Para obtener una decisión rápida acerca de un medicamento de la Parte D que aun no haya recibido.

Nosotros debemos cubrir el medicamento de la Parte D a más tardar en las 24 horas después de recibir su solicitud. Si su solicitud involucra una solicitud para una excepción, nosotros debemos cubrir el medicamento de la Parte D a más tardar en las 24 horas después de haber recibido la “declaración de respaldo” de su médico.

- En cuanto a una decisión sobre el pago de una atención o servicio médico de la Parte C que usted ya recibió.

Por lo general, debemos realizar el pago en un tiempo no mayor a 30 días después de recibir la solicitud, aunque un número limitado de decisiones pueden tomar hasta 60 días. Si necesitamos más información, podemos realizar el pago hasta 60 días después de recibir su solicitud.

- Decisión estándar sobre atención o servicios médicos de la Parte C que aun no ha recibido.

Debemos autorizar o suministrar sus cuidados solicitados en un plazo de 14 días de haber recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar una decisión, le autorizaremos o proporcionaremos la atención médica antes de que expire el período de extensión.

- Decisión rápida sobre atención o servicios médicos de la Parte C que aun no ha recibido.

Debemos autorizar o suministrar sus cuidados solicitados en un plazo de 72 horas de haber recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar una decisión, le autorizaremos o proporcionaremos la atención médica antes de que expire el período de extensión.

¿Qué ocurre si decidimos en su contra?

Si decidimos en su contra, le enviaremos una decisión por escrito explicando por qué fue denegada su solicitud. Si una determinación inicial no le brinda todo lo que ha solicitado, usted tiene el derecho de apelar la decisión. (Vea el **Nivel de Apelación 1**).

Apelación Nivel 1: Apelación al Plan

Usted nos puede solicitar que revisemos nuestra determinación inicial, aunque sólo una parte de nuestra decisión no sea lo que usted solicitó. La apelación ante el plan sobre medicamentos de la Parte D también se denomina "**redeterminación**" del plan. La apelación ante el plan sobre

atención y servicios médicos de la Parte C también se le llama "**reconsideración**" del plan. Al momento de recibir su solicitud de revisión de determinación inicial, la enviamos a personal de nuestra organización que no tomó parte en la determinación inicial. Esto ayuda a asegurar que daremos una mirada fresca a su solicitud.

¿Quién puede presentar su apelación de la determinación inicial?

Si su apelación es respecto de una decisión inicial sobre un medicamento de la Parte D, usted o su representante pueden interponer una **apelación estándar**, o presentar una solicitud de **apelación rápida**. Esta última también la puede presentar su médico. Por favor, consulte "¿Quién puede solicitar una determinación inicial?" para obtener información sobre la designación de un representante.

Si está apelando una decisión inicial sobre la atención o los servicios de la Parte C, las reglas acerca de quién puede presentar una apelación son las mismas que las reglas acerca de quién puede solicitar una determinación de la organización. Siga las instrucciones que están en "¿Quién puede solicitar una determinación inicial?". Sin embargo, los proveedores que no tienen un contrato con nuestro Plan también pueden apelar una decisión de pago, siempre y cuando el proveedor firme una declaración de "renuncia al pago" en la que se compromete a no pedirle el pago de la atención o servicios de la Parte C, independientemente del resultado de la apelación.

¿Qué tan pronto debe presentar su apelación?

Usted debe presentar la solicitud de apelación dentro de los 60 días calendarios desde la fecha incluida en el aviso de nuestra determinación inicial. Podemos darle más tiempo si tiene una buena razón para no cumplir con la fecha límite.

Cómo presentar una apelación

1. Solicitud de una decisión estándar

Si desea solicitar una apelación estándar acerca de un medicamento de la Parte D o una atención o servicio de la Parte C, debe enviar su solicitud de apelación por escrito a la dirección que aparece en la lista **Apelaciones Parte D** (para apelaciones por medicamentos de la Parte D) o a **Apelaciones de la Parte C** (para apelaciones sobre atención o servicios médicos de la Parte C) en la Sección 8.

2. Solicitud de una decisión rápida

Si usted está apelando una decisión que hemos tomado sobre suministrarle un medicamento de la Parte D o una atención o servicio médico de la Parte C que usted todavía no ha recibido, usted y/o su médico necesitarán decidir si necesitan una apelación rápida. Las reglas acerca de quién puede solicitar una apelación rápida son las mismas que las reglas para pedir una determinación inicial rápida. Usted, su médico o su representante pueden solicitar una apelación rápida llamando, enviando un fax a los números o escribiéndonos a la dirección que aparece en la lista de **Apelaciones Parte D** (para apelaciones sobre medicamentos de la Parte D) o a **Apelaciones de la Parte C** (para apelaciones sobre la atención o los servicios médicos de la Parte C) en la Sección 8.

Asegúrese de pedir una revisión “rápida”, o “agilizada”. Recuerde, si su médico le proporciona una declaración de respaldo escrita u oral, explicando que usted necesita una apelación rápida, automáticamente nosotros le daremos una apelación rápida. Si usted solicita una decisión rápida sin el respaldo de un médico, nosotros decidiremos si su salud requiere de una decisión rápida. Si decidimos que su condición médica no satisface los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta informándole que si usted obtiene el respaldo de un médico para la revisión rápida, nosotros le brindaremos automáticamente una decisión rápida. En la carta también le diremos cómo presentar un “agravio rápido”. Usted tiene derecho a presentar un agravio rápido si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar su solicitud de revisión rápida (para mayor información sobre agravios rápidos, refiérase a la Sección 4). Si le denegamos su solicitud de una apelación rápida, le daremos una apelación estándar.

Obtención de información para respaldar su apelación

Necesitamos reunir toda la información que requerimos para tomar una decisión acerca de su apelación. Contactaremos con usted o su representante si necesitamos su ayuda para reunir esta información. Usted tiene el derecho de obtener e incluir información adicional como parte de su apelación. Por ejemplo, es posible que usted ya tenga documentos relacionados a su solicitud, o que tal vez quiera obtener los registros o la opinión de su médico para que ayude a respaldar su solicitud. Para obtener la información es posible que necesite presentar al médico una solicitud por escrito.

Puede proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación llamando, enviando un fax a los números o escribiéndonos a la dirección que aparece en la lista de **Apelaciones Parte D** (para apelaciones sobre medicamentos de la Parte D) o a **Apelaciones de la Parte C** (para apelaciones sobre la atención o los servicios médicos de la Parte C) en la Sección 8.

También puede entregar información adicional en persona a la dirección listada bajo **Apelaciones de la Parte D** (para apelaciones sobre medicamentos de la Parte D) o **Apelaciones de la Parte C** (para apelaciones sobre atención o servicios de la Parte C) en la Sección 8.

También tiene derecho a pedirnos una copia de la información con relación a su apelación. También puede llamar o escribirnos a los números telefónicos o a la dirección listada bajo **Apelaciones de la Parte D** (para apelaciones sobre medicamentos de la Parte D) o **Apelaciones de la Parte C** (para apelaciones sobre atención o servicios de la Parte C) en la Sección 8.

¿Qué tan pronto debemos decidir sobre su apelación?

- Para obtener una decisión estándar sobre un medicamento de la Parte D que incluye una solicitud acerca de la devolución del pago por un medicamento de la Parte D que usted ya ha pagado y recibido.

Le brindaremos nuestra decisión en un plazo de siete días después de recibir la solicitud de apelación. Le brindaremos una decisión más pronta si aún no ha recibido el medicamento o si su condición de salud requiere que lo hagamos. Si no le brindamos nuestra decisión dentro de siete días calendario, su solicitud pasará automáticamente al Nivel de Apelación 2.

- Para obtener una decisión rápida acerca de un medicamento de la Parte D que aun no haya recibido.

Le brindaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después que recibimos la solicitud de apelación. Le brindaremos antes la decisión si su condición de salud requiere que lo hagamos. Si no le brindamos nuestra decisión dentro de 72 horas, su solicitud pasará automáticamente al Nivel de Apelación 2.

- Decisión sobre el pago de una atención o servicio médico de la Parte C que usted ya recibió.

Después que recibimos su solicitud de apelación, tenemos 60 días para decidir. Si no tomamos una decisión dentro de 60 días, su apelación pasa automáticamente al Nivel de Apelación 2.

- Decisión estándar sobre atención o servicios médicos de la Parte C que aun no haya recibido.

Después que recibimos su apelación, tenemos 30 días para tomar una decisión, pero la tomaremos antes si su condición de salud requiere que lo hagamos. Sin embargo, si usted solicita tiempo adicional, o si descubrimos que falta información útil, podríamos tomar 14 días más para tomar nuestra decisión. Si no le comunicamos nuestra decisión dentro de 30 días (o hacia el final del período de tiempo extendido), su solicitud pasa automáticamente al Nivel de Apelación 2.

- Decisión rápida sobre atención o servicios médicos de la Parte C que aun no ha recibido.

Después que recibimos su apelación, tenemos 72 horas para tomar una decisión, pero la tomaremos antes si su condición de salud requiere que lo hagamos. Sin embargo, si usted solicita tiempo adicional, o si descubrimos que falta información útil, podríamos tomar 14 días más para tomar nuestra decisión. Si no decidimos dentro de 72 horas (o hacia el final del período de tiempo extendido), su solicitud pasa automáticamente al Nivel de Apelación 2.

¿Qué ocurre si decidimos completamente a su favor?

- Para obtener una decisión estándar sobre un medicamento de la Parte D, (que incluye una solicitud acerca de la devolución del pago por un medicamento de la Parte D que usted ya ha recibido).

Nosotros cubrir el medicamento de la Parte D que usted ha solicitado tan rápidamente como lo requiera su salud, pero no más tarde de los 7 días calendario después de que hemos recibido la solicitud. Si está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D que ya ha pagado y recibido, nosotros debemos enviarle el pago a más tardar 30 días calendarios después de que recibimos la solicitud.

- Para obtener una decisión rápida acerca de un medicamento de la Parte D que aun no haya recibido.

Nosotros debemos cubrir el medicamento de la Parte D a más tardar en las 72 horas después de recibir su solicitud.

- En cuanto a una decisión sobre el pago de una atención o servicio médico de la Parte C que usted ya recibió.

Debemos pagar en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que recibimos su solicitud de apelación.

- Decisión estándar sobre atención o servicios médicos de la Parte C que aun no ha recibido.

Debemos autorizar o suministrar sus cuidados solicitados en un plazo de 30 días de haber recibido su solicitud de apelación. Si extendemos el tiempo necesario para tomar una decisión, le autorizaremos o proporcionaremos la atención solicitada antes de que expire el período de extensión.

- Decisión rápida sobre atención o servicios médicos de la Parte C que aun no ha recibido.

Debemos autorizar o suministrar sus cuidados solicitados en un plazo de 72 horas de haber recibido su solicitud de apelación. Si extendemos el tiempo necesario para tomar una decisión, le autorizaremos o proporcionaremos la atención solicitada antes de que expire el período de extensión.

Apelación Nivel 2: Entidad Independiente de Revisión (IRE, por sus siglas en inglés)

En el segundo nivel de apelaciones, su apelación es revisada por una Entidad Independiente de Revisión (IRE) que tiene un contrato con los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia gubernamental que administra el programa de Medicare. La IRE no tiene conexión con nosotros. Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia del archivo de su caso que enviamos a esta entidad.

Cómo presentar una apelación

Si solicitó medicamentos de la Parte D o el pago de tales medicamentos, y no tomamos una determinación a su favor en el Nivel 1 de Apelación, su solicitud se enviará automáticamente a la IRE. Si decide apelar, puede enviar su solicitud a la IRE. En la decisión que reciba del plan (Apelación de Nivel 1) se le informará sobre cómo y quiénes pueden presentar esta apelación y con cuanta anticipación.

Si solicitó la atención o los servicios médicos de la Parte C o el pago de tal atención o servicios, y no tomamos una determinación a su favor en el Nivel 1 de Apelación, su solicitud se enviará automáticamente a la IRE.

¿Cuán rápido debe decidir la IRE?

La IRE cuenta con el mismo tiempo que tiene el Plan en el **Nivel 1 de Apelación** para tomar una decisión.

Si la IRE decide completamente en su favor:

La IRE le comunicará su decisión por escrito y las razones de ésta.

- En cuanto a la decisión de devolverle su dinero por un medicamento de la Parte D que ya haya pagado o recibido, debemos enviarle el pago dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha del aviso de revocación de nuestra decisión.
- Con relación a las decisiones estándar sobre un medicamento de la Parte D que aún no ha recibido, estamos en la obligación de cubrir el medicamento solicitado en las 72 horas siguientes a recibir la notificación de que nuestra decisión fue revocada.
- Con relación a las decisiones rápidas sobre un medicamento de la Parte D que aún no ha recibido, estamos en la obligación de cubrir el medicamento solicitado en las 24 horas siguientes a recibir la notificación de que nuestra decisión fue revocada.
- En cuanto a una decisión sobre el pago de una atención o servicio médico de la Parte C que usted ya recibió.

Debemos pagar dentro de 30 días después de recibir el comunicado de la revocación de nuestra decisión.

- Decisión estándar sobre atención o servicios médicos de la Parte C que aun no ha recibido.

Estamos en la obligación de autorizar en las 72 horas siguientes la atención o servicio de la Parte C que solicitó, o suministrarlo en los 14 días después de recibir el comunicado de la revocación de nuestra decisión.

- Decisión rápida sobre atención o servicios médicos de la Parte C

En las 72 horas después de recibir el aviso de que nuestra decisión fue revocada, debemos autorizar o proporcionar la atención o servicio médico de la Parte C que solicitó.

Apelación Nivel 3: Juez Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés)

Si la IRE no resuelve completamente a su favor, usted o su representante designado pueden pedir una revisión por un Juez Administrativo (ALJ) si el valor en dólares del medicamento de la Parte

D o de la atención o servicio de la Parte C que usted solicitó satisface el requisito mínimo estipulado en la decisión de la IRE. Durante la revisión del ALJ, usted puede presentar evidencia, revisar el registro (ya sea recibiendo una copia del archivo u accediendo al archivo en persona cuando sea posible), y ser representado por un abogado.

Cómo presentar una apelación

La solicitud debe ser presentada ante el ALJ dentro de un plazo de 60 días calendarios de la fecha en que fue notificado de la decisión tomada por la IRE (Nivel de Apelación 2). El ALJ puede darle más tiempo si tiene una buena razón para no cumplir con la fecha límite. En la decisión de la IRE se le comunicará cómo y quién puede presentar esta apelación.

El Juez Administrativo no revisará su apelación si el valor en dólares del medicamento de la Parte D o de la atención o servicio de la Parte C no satisface el requisito mínimo especificado en la decisión de la IRE. Si el valor en dólares es menor que el requisito mínimo, usted no puede seguir apelando.

¿Qué tan rápido tomará una decisión el Juez?

El Juez Administrativo escuchará su caso, sopesará toda la evidencia, y tomará una decisión tan pronto sea posible.

Si el Juez decide a su favor:

Consulte más adelante la sección “**Decisiones Favorables del Juez Administrativo, el Consejo de Apelaciones de Medicare o del Tribunal Federal**” para obtener información sobre lo que debemos hacer en caso de que el Juez Administrativo revoque nuestra decisión de negar su solicitud.

Apelación Nivel 4: Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC)

Si el Juez Administrativo no resuelve completamente a su favor, usted o su representante designado pueden pedir una revisión por el Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC).

Cómo presentar una apelación

La solicitud de debe ser presentada ante el MAC dentro de un plazo de 60 días calendarios de la fecha en que fue notificado de la decisión tomada por la ALJ (Nivel de Apelación 3). El MAC puede darle más tiempo si tiene una buena razón para no cumplir con la fecha límite. En la decisión de la ALJ se le comunicará cómo y quién puede presentar esta apelación.

¿Qué tan rápido tomará una decisión el Consejo?

El MAC decidirá primero si va a revisar su caso (no revisa todos los casos que recibe). Si el MAC revisa su caso, éste tomará una decisión tan pronto sea posible. Si éste decide no revisar su caso, usted puede solicitar una revisión por un Juez de la Corte Federal (vea el Nivel de Apelación 5). El MAC emitirá un aviso por escrito explicando cualquier decisión que tome. El aviso le indicará cómo solicitar una revisión por un Juez de la Corte Federal.

Si el Consejo decide a su favor

Consulte más adelante la sección “**Decisiones Favorables del Juez Administrativo, el Consejo de Apelaciones de Medicare o del Tribunal Federal**” para obtener información sobre lo que debemos hacer en caso de que el MAC revoque nuestra decisión de negar su solicitud.

Apelación Nivel 5: Tribunal Federal

Usted tiene el derecho de continuar con su apelación pidiéndole al Juez de la Corte Federal que revise su caso si la cantidad involucrada satisface el requisito mínimo especificado en la decisión del Consejo de Apelaciones de Medicare, usted recibió una decisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (Nivel de Apelación 4), y:

- La decisión no es completamente favorable a usted, o
- La decisión le dice que el MAC decidió no revisar su solicitud de apelación.

Cómo presentar una apelación

Con el fin de solicitar una revisión judicial de su caso, debe iniciar una acción civil en una corte distrital los Estados Unidos dentro de los 60 días calendario siguientes a la fecha de notificación de la decisión tomada por el Consejo de Apelaciones de Medicare (Nivel 4 de Apelación). La carta que reciba del Consejo de Apelaciones de Medicare en el Nivel de Apelación 4 le indicará cómo y quien puede presentar la apelación.

Su solicitud de apelación no será revisada por una Corte Federal si el valor en dólares del medicamento de la Parte D o de la atención o servicios de la Parte C que se solicitó no satisface el requisito mínimo especificado en la decisión del MAC.

¿Qué tan rápido tomará una decisión el Juez?

El Juez de la Corte Federal decidirá primero si va a revisar su caso. Si revisa su caso, se tomará una decisión de acuerdo a las reglas establecidas por el sistema judicial Federal.

Si el Juez decide a su favor:

Consulte más adelante la sección “**Decisiones Favorables del Juez Administrativo, el Consejo de Apelaciones de Medicare o del Tribunal Federal**” para obtener información sobre lo que debemos hacer en caso de que el MAC revoque nuestra decisión de negar su solicitud.

Si el Juez resuelve en su contra:

Asimismo, usted cuenta con derechos adicionales en los Tribunales Federales. Si desea más información sobre sus derechos de apelación, por favor consulte la parte sobre las decisiones del Juez.

Decisiones Favorables del ALJ, el MAC o un Juez del Tribunal Federal

En esta sección se exponen lo que debemos hacer en caso de que el ALJ, el MAC o un Juez del Tribunal Federal revoque nuestra decisión de negar su solicitud.

- En cuanto a la decisión de devolverle su dinero por un medicamento de la Parte D que ya haya pagado o recibido, debemos enviarle el pago dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha del aviso de revocación de nuestra decisión.
- Con relación a las decisiones estándar sobre un medicamento de la Parte D que aún no ha recibido, estamos en la obligación de cubrir el medicamento solicitado en las 72 horas siguientes a recibir la notificación de que nuestra decisión fue revocada.
- Con relación a las decisiones rápidas sobre un medicamento de la Parte D que aún no ha recibido, estamos en la obligación de cubrir el medicamento solicitado en las 24 horas siguientes a recibir la notificación de que nuestra decisión fue revocada.
- En cuanto a las decisiones sobre atención o servicios médicos de la Parte C, estamos en la obligación de pagar, autorizar o suministrar la atención o el servicio que usted solicitó, en los 60 días siguientes a la fecha en que recibimos la decisión.

PARTE 2. Reclamos (apelaciones) si usted piensa que le están dando de alta muy pronto del hospital

Cuando usted es admitido en el hospital tiene el derecho de obtener todos los cuidados hospitalarios cubiertos por el Plan que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. El día que usted deja el hospital (su fecha de dada de alta) está basada en el momento en que su estadía en el hospital ya no es médicamente necesaria. Esta parte explica qué hacer si usted cree que está siendo dado de alta muy pronto.

Información que debe recibir durante su estadía en el hospital

En un plazo de dos días de su admisión como paciente interno o durante el período previo a su ingreso, alguien en el hospital le debe entregar un aviso denominado el Mensaje Importante de Medicare (llame a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener un aviso de muestra o véalo en la Internet en <http://www.cms.hhs.gov/BNI/>). Este aviso explica:

- Su derecho a obtener todos los servicios hospitalarios médicamente necesarios pagados por el Plan (excepto por cualesquier copagos o deducibles aplicables).
- Su derecho de participar en cualesquier decisiones que el hospital, su médico, o cualquier otra persona tomen acerca de sus servicios hospitalarios y quién pagará por ellos.
- Su derecho a obtener los servicios que necesita luego de salir del hospital.
- Su derecho a apelar una decisión de ser dado de alta y a que sus servicios hospitalarios sean pagados por nosotros durante el proceso de apelación (excepto por cualesquier copagos o deducibles aplicables).

Se le pedirá a usted (o a su representante) que firme el Mensaje Importante de Medicare para mostrar que ha recibido y comprendido este aviso. **Firmar el aviso no significa que usted está de acuerdo que debe concluir la cobertura por sus servicios, sólo que ha recibido y comprendido del aviso.** Si el hospital le entrega el Mensaje Importante de Medicare más de 2

días antes de su fecha de dada de alta, le debe entregar una copia de su Mensaje Importante de Medicare firmado antes de que se programe su dada de alta.

Revisión de su dada de alta del hospital por la Organización de Mejoramiento de Calidad

Usted tiene el derecho a solicitar una revisión de su dada de alta. Usted puede pedir a una Organización de Mejoramiento de Calidad que revise si está siendo de alta muy pronto.

¿Qué es la “Organización de Mejoramiento de Calidad”?

“QIO” corresponde a las siglas en inglés de la Organización de Mejoramiento de Calidad. La QIO está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de atención de la salud que son pagados por el gobierno federal para evaluar y ayudar a mejorar los cuidados brindados a los pacientes de Medicare. Ellos no son parte del Plan ni del hospital. Existe una QIO en cada estado. Las QIO tienen diferentes nombres dependiendo del estado en que están localizadas. En Nueva Jersey, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Healthcare Quality Strategies, Inc. Los médicos y otros profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Salud revisarán ciertas clases de reclamos presentados por los pacientes de Medicare. Entre éstas se incluyen las quejas de los pacientes de Medicare que consideran que su estadía en el hospital está finalizando demasiado pronto.

Cómo hacer que Healthcare Quality Strategies, Inc. revise su dada del alta del hospital

Usted debe contactar rápidamente a Healthcare Quality Strategies, Inc. El Mensaje Importante de Medicare incluye el nombre y número de teléfono de Healthcare Quality Strategies, Inc. y le informa qué hacer.

- Usted debe solicitar a Healthcare Quality Strategies, Inc. una **“revisión rápida”** de su dada de alta. Esta “revisión rápida” también se conoce como una “revisión inmediata”.
- Usted debe solicitar una revisión de Healthcare Quality Strategies, Inc. no más tarde de la fecha en que está programado a ser dado de alta del hospital. **Si cumple con este plazo límite, se le permitirá quedarse en el hospital pasada su fecha de dada de alta sin que pague usted mismo por ello mientras espera recibir la decisión de Healthcare Quality Strategies, Inc.**
- Healthcare Quality Strategies, Inc. revisará la información médica que el hospital y nosotros le demos.
- Durante este proceso recibirá un aviso, denominado Información Detallada de Alta, en el que se expondrán las razones por la que consideramos que la fecha en la que se le dio de alta es adecuada a nivel médico. Llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 - Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048), si desea una muestra de la información o véala en línea en <http://www.cms.hhs.gov/BNI/>.
- Healthcare Quality Strategies, Inc. decidirá en un plazo de un día luego de recibir la información médica que necesita, si es médicamente apropiado que usted sea dado de alta en la fecha programada.

¿Qué ocurre si Healthcare Quality Strategies, Inc. decide a su favor?

Seguiremos cubriendo su hospitalización (excepto por cualquier copago o deducible que se pueda aplicar) por el tiempo médicamente necesario, siempre y cuando no haya excedido los límites de cobertura del Plan, que se describen en la Sección 10.

¿Qué ocurre si Healthcare Quality Strategies, Inc. está de acuerdo con la dada de alta?

Usted no será responsable de pagar los cargos del hospital hasta el mediodía del día siguiente a la fecha en que Healthcare Quality Strategies, Inc. le informa su decisión. Sin embargo, usted podrá ser responsable financieramente por cualesquier servicios como paciente interno suministrados por el hospital después del mediodía del día siguiente en que Healthcare Quality Strategies, Inc. le informa su decisión. Usted puede salir del hospital en ese momento o antes y así evitar cualquier posible responsabilidad financiera.

Si usted permanece en el hospital, todavía puede pedir a Healthcare Quality Strategies, Inc. que revise su primera decisión si usted hace el pedido en un plazo de 60 días de haber recibido la primera denegación de su pedido de Healthcare Quality Strategies, Inc. Sin embargo, usted podrá ser responsable financieramente por cualesquier servicios como paciente interno suministrados por el hospital después del mediodía del día siguiente en que Healthcare Quality Strategies, Inc. le informa su primera decisión.

¿Qué ocurre si usted apela la decisión de Healthcare Quality Strategies, Inc.?

Healthcare Quality Strategies, Inc. tiene un plazo de 14 días para decidir si ratifica su decisión original o acepta que usted debe continuar recibiendo los cuidados como paciente interno. Si Healthcare Quality Strategies, Inc. acepta que sus cuidados deben continuar, debemos pagar o rembolsarle por cualesquier cuidados que recibió desde la fecha de dada de alta en el Mensaje Importante de Medicare, y brindarle los cuidados como paciente interno (excepto cualesquier copagos o deducibles aplicables) por el tiempo médicamente necesario, siempre y cuando no haya excedido los límites de cobertura del plan, que se describen en la Sección 10.

Si Healthcare Quality Strategies, Inc. ratifica su decisión original, usted podrá apelar su decisión ante el Juez Administrativo (ALJ). Sírvase consultar el Nivel de Apelación 3 en la Parte 1 de esta sección para obtener orientación sobre la apelación ante un ALJ. Si el ALJ ratifica la decisión usted también podrá solicitar una revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC), o por una Corte Federal. Si cualquiera de estas instancias acepta que su estadía debe continuar, estaremos obligados a pagar o rembolsarle por la atención que recibió desde la fecha de dada de alta, y suministrarle cuidados como paciente interno (excepto por cualesquier copagos o deducibles aplicables) por el período que sea médicamente necesario, siempre y cuando no haya excedido los límites de cobertura del Plan, que se describen en la Sección 10.

¿Qué ocurre si usted no le pide la revisión a Healthcare Quality Strategies, Inc. en el plazo límite?

Si usted no le solicita a Healthcare Quality Strategies, Inc. una revisión rápida de su dada de alta en el plazo límite, nos puede pedir una “apelación rápida” de su dada de alta, lo que se trata en la Parte 1 de esta sección. Si usted nos solicita una apelación rápida de su dada de alta y se queda en el hospital pasada la fecha de su dada de alta, es posible que tenga que pagar por la atención que recibe en el hospital después de la fecha de su dada de alta. Si tiene que pagar o no depende de la decisión que tomemos.

- Si decidimos, basados en la apelación rápida, que usted necesita quedarse en el hospital continuaremos cubriendo su atención en el hospital (excepto por cualesquier copagos o deducibles aplicables) por el tiempo que sea médicamente necesario, siempre y cuando no haya excedido los límites de cobertura del Plan, que se describen en la Sección 10..
- Si decidimos que usted no debió quedarse en el hospital pasada la fecha de su dada de alta, no cubriremos ninguna atención que recibió en el hospital después de la fecha de dada de alta.

Si ratificamos nuestra decisión original, remitiremos nuestra decisión y el archivo del caso a la entidad independiente de revisión (IRE) en un plazo de 24 horas. Sírvase consultar el Nivel de Apelación 2 en la Parte 1 de esta sección para obtener orientación sobre la apelación ante un IRE. Si la IRE ratifica nuestra decisión, usted también podrá solicitar una revisión por parte del ALJ, MAC, o por una Corte Federal. Si cualquiera de estas instancias acepta que su estadía debe continuar, nosotros debemos pagar o rembolsarle por la atención que recibió desde la fecha de dada de alta según figura en el aviso que obtuvo de su proveedor, y suministrarle los servicios que solicitó (excepto por cualesquier copagos o deducibles aplicables) por el período que sea médicamente necesario, siempre y cuando no haya excedido los límites de cobertura del Plan, que se describen en la Sección 10.

PARTE 3. Quejas (apelaciones) si considera que se termina demasiado pronto su cobertura para un centro de enfermería especializada, agencia de atención de la salud en el hogar o un centro integral de rehabilitación para pacientes externos

Cuando usted es un paciente en una Instalación de Enfermería Especializada (SNF), Agencia de Atención de la Salud en el Hogar (HHA), o Instalación Integral para la Rehabilitación de Pacientes Externos (CORF), usted tiene el derecho de recibir toda la atención en una SNF, HHA o CORF cubierta por el Plan que es necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. El día que terminamos su cobertura por los servicios en una SNF, HHA o CORF está basado en el momento en que estos servicios ya no son médicamente necesarios. Esta parte explica qué hacer si usted considera que la cobertura por sus servicios está terminando muy pronto.

Información que recibirá durante su estadía en una SNF, HHA o CORF
Su proveedor le enviará un aviso escrito denominado el Aviso de No Cobertura de Medicare por lo menos 2 días antes que termine la cobertura por sus servicios (llame a Servicios para Miembros del Plan o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener un aviso de muestra o

véalo por Internet en <http://www.cms.hhs.gov/BNI/>). Se le pedirá a usted (o a su representante) que firme y feche este aviso para mostrar que lo ha recibido. **Firmar el aviso no significa que usted está de acuerdo que debe concluir la cobertura por sus servicios, sólo que ha recibido y comprendido el aviso.**

Cómo hacer que Healthcare Quality Strategies, Inc. revise nuestra decisión de finalizar la cobertura

Usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión de finalizar la cobertura por sus servicios. Como se explicará en el aviso que reciba de su proveedor, usted puede solicitar a Healthcare Quality Strategies, Inc. (la “QIO”) que haga una revisión independiente de si es médicamente apropiado terminar la cobertura de sus servicios.

¿Qué tan pronto tiene que solicitar la revisión de Healthcare Quality Strategies, Inc.?

Usted debe contactar rápidamente a Healthcare Quality Strategies, Inc. El aviso escrito que obtenga de su proveedor incluye el nombre y número de teléfono de Healthcare Quality Strategies, Inc. y le informa qué hacer.

- Si recibe el aviso 2 días antes de que termine su cobertura, usted debe contactar a Healthcare Quality Strategies, Inc. no más tarde del mediodía del día después que recibe el aviso.
- Si recibe el aviso más de 2 días antes de que termine su cobertura, usted debe hacer su solicitud no más tarde del mediodía del día anterior a la fecha en que termina su cobertura de Medicare.

¿Qué ocurrirá durante la revisión de Healthcare Quality Strategies, Inc.?

Healthcare Quality Strategies, Inc. le pedirá su opinión sobre por qué considera que debe de continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si lo desea. Healthcare Quality Strategies, Inc. también examinará su información médica, hablará con su doctor y revisará la información que hemos suministrado a Healthcare Quality Strategies, Inc. Durante este proceso, recibirá una notificación denominada Explicación Detallada de la No Cobertura en la que se expondrán los motivos por los que consideramos que la cobertura de sus servicios debe terminar. Llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 - Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048), si desea una muestra de la información o véala en línea en <http://www.cms.hhs.gov/BNI/>.

Healthcare Quality Strategies, Inc. tomará una decisión en el plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesita.

¿Qué ocurre si Healthcare Quality Strategies, Inc. decide a su favor?

Seguiremos cubriendo sus servicios SNF, HAA o CORF (excepto por cualquier copago o deducible que se pueda aplicar) por el tiempo médicamente necesario, siempre y cuando no haya excedido los límites de cobertura del Plan, que se describen en la Sección 10.

¿Qué ocurre si Healthcare Quality Strategies, Inc. está de acuerdo en que su cobertura debe terminar?

Usted no será responsable de pagar por cualesquier servicios de SNF, HHA o CORF suministrados antes de la fecha de terminación indicada en el aviso que obtenga de su proveedor. Usted puede dejar de recibir servicios en la fecha o antes de la fecha dada en el aviso y así evitaría cualquier posible responsabilidad financiera. Si usted permanece en el hospital, todavía puede pedir a Healthcare Quality Strategies, Inc. que revise su primera decisión si usted hace el pedido en un plazo de 60 días de haber recibido la primera denegación de su pedido de Healthcare Quality Strategies, Inc.

¿Qué ocurre si usted apela la decisión de Healthcare Quality Strategies, Inc.?

Healthcare Quality Strategies, Inc. tiene un plazo de 14 días para decidir si ratifica su decisión original o acepta que usted debe continuar recibiendo los servicios. Si Healthcare Quality Strategies, Inc. acepta que sus servicios deben continuar, debemos pagar o rembolsarle por cualesquier cuidados que recibió desde la fecha de terminación en el aviso que obtuvo de su proveedor, y brindarle los servicios que solicitó (excepto cualesquier copagos o deducibles aplicables) por el plazo que sea médicamente necesario, siempre y cuando no haya excedido los límites de cobertura del Plan, que se describen en la Sección 10.

Si Healthcare Quality Strategies, Inc. ratifica su decisión original, usted podrá apelar su decisión ante el Juez Administrativo (ALJ). Sírvase consultar el Nivel de Apelación 3 en la Parte 1 de esta sección para obtener orientación sobre la apelación ante un ALJ. Si el ALJ ratifica nuestra decisión usted también podrá solicitar una revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC), o por una Corte Federal. Si el MAC o el Tribunal Federal acepta que su hospitalización debe continuar, debemos pagar o rembolsarle por cualesquier cuidados que recibió desde la fecha de terminación en el aviso que obtuvo de su proveedor, y brindarle los servicios que solicitó (excepto cualesquier copagos o deducibles aplicables) por el plazo que sea médicamente necesario, siempre y cuando no haya excedido los límites de cobertura del Plan, que se describen en la Sección 10.

¿Qué ocurre si usted no le pide la revisión a Healthcare Quality Strategies, Inc. en el plazo límite?

Si usted no le solicita a Healthcare Quality Strategies, Inc. una revisión en el plazo límite, nos puede pedir una “apelación rápida”, lo que se trata en la Parte 1 de esta sección.

Si nos solicita una apelación rápida de su terminación de cobertura y usted continúa recibiendo los servicios de una SNF, HHA, o CORF, es posible que tenga que pagar por la atención que reciba pasada su fecha de terminación. Si tiene que pagar o no depende de la decisión que tomemos.

- Si decidimos en base a la apelación rápida, que la cobertura de sus servicios debe continuar, continuaremos cubriendo sus servicios de SNF, HHA o CORF (excepto por cualquier copago o deducible que se pueda aplicar) por el período que sea médicamente

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

necesario, siempre y cuando no haya excedido los límites de cobertura del Plan, que se describen en la Sección 10.

- Si decidimos que usted no debiera de continuar recibiendo sus servicios, no cubriremos ninguno de los servicios recibidos después de la fecha de terminación.

Si ratificamos nuestra decisión original, remitiremos nuestra decisión y el archivo del caso a la entidad independiente de revisión (IRE) en un plazo de 24 horas. Sírvase consultar el Nivel de Apelación 2 en la Parte 1 de esta sección para obtener orientación sobre la apelación ante un IRE. Si la IRE ratifica nuestra decisión, usted también podrá solicitar una revisión por parte del ALJ, MAC, o por una Corte Federal. Si cualquiera de estas instancias acepta que su estadía debe continuar, nosotros debemos pagar o rembolsarle por la atención que recibió desde la fecha de dada de alta según figura en el aviso que obtuvo de su proveedor, y suministrarle los servicios que solicitó (excepto por cualesquier copagos o deducibles aplicables) por el período que sea médicamente necesario, siempre y cuando no haya excedido los límites de cobertura del Plan, que se describen en la Sección 10.

6. Cómo terminar su Membresía

La finalización de su membresía en nuestro Plan puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no por su propia decisión):

- Usted puede retirarse de nuestro Plan debido a que ha decidido que *desea* retirarse.
- También hay situaciones limitadas donde estamos obligados a terminar su membresía. Por ejemplo, si se muda permanentemente fuera de nuestra área geográfica de servicio.

Finalización voluntaria de su membresía

Sólo hay ciertos períodos durante el año en que usted puede terminar su membresía en nuestro Plan de manera voluntaria. El tiempo indicado para realizar cualquier cambio es el de período de inscripciones abiertas de otoño (también conocido como “Período de Elección Anual”) que tiene lugar todos los años del 15 de noviembre al 31 de diciembre. Éste es el momento para revisar su cobertura en salud y medicamentos para el año siguiente, y para realizar cualquier cambio en su cobertura de salud o de medicamentos de Medicare. Cualquier cambio realizado en este tiempo entrará en vigencia a partir del 1 de enero. Algunas personas, como las que tienen Medicaid, las que reciben ayuda adicional, o las que se mudan pueden realizar cambios en otros momentos. Si desea más información sobre el tiempo en el que puede realizar cambios, consulte la tabla de periodos de inscripción, más adelante en esta sección.

Si desea terminar su membresía en este tiempo, debe hacer lo siguiente:

- **Si tiene en mente inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage**, simplemente ingrese al nuevo plan. Será desafiado de nuestro plan cuando la cobertura de su nuevo plan comience a partir del 1 de enero.
- **Si tiene en mente cambiarse al Plan Original de Medicare e ingresar al plan de Medicamentos Recetados de Medicare**, simplemente inscribese en el plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Será desafiado de nuestro plan automáticamente cuando la nueva cobertura comience a partir del 1 de enero.
- **Si tiene en mente cambiarse al Plan Original de Medicare sin inscribirse en el plan de Medicamentos Recetados**, contáctese con Servicios para Miembros para obtener información sobre cómo solicitar su desafiación. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar su desafiación de nuestro plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Su inscripción en el plan Original de Medicare entrará en vigencia a partir del 1 de enero.

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

| Período de Inscripción | ¿Cuándo? | Fecha de Vigencia |
|--|--|--|
| <p>Inscripciones Abiertas en Otoño (Período de Elección Anual)</p> <p>Tiempo para revisar la cobertura en salud y medicamentos y realizar cambios.</p> | <p>Cada año del 15 de noviembre al 31 de diciembre</p> | <p>1 de enero</p> |
| <p>Inscripciones Abiertas en Medicare Advantage (MA)</p> <p>Los beneficiarios aptos para MA pueden realizar un cambio a la cobertura de su plan de salud. Sin embargo, no se puede emplear este período para agregar, dejar o cambiar su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.</p> <p>Ejemplos: Si está en un plan de Medicare Advantage (MA) que no tiene cobertura de medicamentos recetados, puede cambiarse a otro plan de MA que no ofrezca cobertura de medicamentos o lo lleve al Plan Original de Medicare.</p> <p>Si está en el Plan Original de Medicare y cuenta con el plan de medicamentos recetados, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage que le ofrezca cobertura de medicamentos de Medicare.</p> <p>Si está en un plan MA que ofrece cobertura de medicamentos de Medicare, puede dejarlo e ingresar al Plan Original de Medicare y a un plan de medicamentos recetados de Medicare.</p> | <p>Cada año del 1 de enero al 31 de marzo</p> | <p>El primer día del mes siguiente después de recibir su solicitud de inscripción.</p> |
| <p>Períodos Especiales de Inscripción para excepciones especiales limitadas, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de residencia • Tener Medicaid. • Cumplir con los requisitos para recibir ayuda adicional con medicamentos recetados de Medicare. • Vivir en instituciones como hogares de reposo. | <p>Según la excepción.</p> | <p>Por lo general, el primer día del mes siguiente después de recibir su solicitud de inscripción.</p> |

Para mayor información sobre las opciones que hay durante estos períodos de inscripción, contacte con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede encontrar información adicional en el manual “*Medicare & Usted*”. Cada otoño este manual se enviará por correo a todos los usuarios de Medicare. También puede consultar o descargar un ejemplar en www.medicare.gov; en “Herramientas de Búsqueda”, seleccione “Buscar una Publicación de Medicare”.

Hasta que termine su membresía, debe seguir obteniendo la cobertura de medicamentos o servicios de Medicare a través de nuestro Plan.

Si se retira de nuestro Plan, puede tomar algún tiempo para que se cancele su membresía y que se haga efectiva su nueva forma de obtener Medicare (anteriormente en esta sección tratamos acerca de cuándo se hace efectivo el cambio). Mientras espera que finalice su membresía, usted todavía es un miembro y debe continuar obteniendo sus medicamentos recetados y su atención médica en la forma usual es decir a través de nuestro Plan. Si da la casualidad de que lo hospitalizan el día en que su membresía termina, por lo general nuestro Plan lo cubrirá hasta que sea dado de alta. Si desea más información, comuníquese con Servicios para Miembros y ayúdenos a coordinar su nuevo plan.

Puede obtener sus medicamentos a través de las farmacias de nuestra red hasta que termine la cobertura de medicamentos recetados de nuestro Plan. Mientras espera que finalice su membresía, usted todavía es un miembro y debe continuar obteniendo sus medicamentos recetados en la forma usual, es decir, a través de la red de farmacias de nuestro Plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos están cubiertos sólo si se obtienen a través de las farmacias de nuestra red, incluyendo nuestro servicio de farmacias por correo, están en la lista de nuestro formulario y usted cumple con las normas de cobertura.

No podemos pedirle que se retire del Plan debido a su salud

Nosotros no podemos pedirle que deje su plan de salud por ningún motivo relacionado a la salud. Si en alguna oportunidad usted considera que se le está animando o pidiendo que se retire de nuestro Plan debido a su salud, debe llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que es la línea de ayuda de Medicare a nivel nacional. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Finalización involuntaria de su membresía

Si ocurre alguna de las situaciones siguientes, daremos por terminada su membresía en nuestro Plan.

- Si usted no permanece continuamente inscrito en Medicare A y B.
- Si usted se muda fuera del área de servicio o si está fuera del área de servicio por un período mayor de 6 meses consecutivos, no podrá continuar como miembro de nuestro Plan y tendremos que terminar su membresía ("desafiliarlo"). Si usted tiene planeado mudarse o ir en un viaje largo, por favor llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar donde se está mudando o al que está viajando figura en el área de servicio de nuestro Plan.

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

- Si falsifica o retiene deliberadamente información sobre otras partes que le reembolsan dinero por su cobertura de medicamentos.
- Si en su solicitud de inscripción nos suministra información errónea con intención, ello puede afectar su elegibilidad para ingresar a nuestro Plan.
- Si usted se comporta de forma perturbadora en la medida que la continuación de su inscripción afecte seriamente nuestra capacidad de disponer o brindar atención médica para su beneficio o el de otros que sean miembros de nuestro Plan. No podemos hacer que deje nuestro Plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare.
- Si usted permite que otra persona utilice su tarjeta de miembro del plan para obtener atención médica. Si usted es desafiliado por este motivo, CMS puede remitir el caso al Inspector General para una investigación adicional.
- Si usted no paga las primas del Plan, le informaremos por escrito que tiene un período de gracia de 60 días durante el cual puede pagar las primas del Plan antes que termine su membresía.

Usted tiene el derecho de presentar una queja si le terminamos su membresía en nuestro Plan

Si terminamos su membresía en nuestro Plan le presentaremos nuestros argumentos por escrito y le explicaremos cómo presentar una queja en nuestra contra si así lo desea.

7. Definición de Palabras Importantes que Aparecen en la Evidencia de Cobertura (EOC)

Apelación – Una apelación es una clase especial de queja que usted expresa si no está de acuerdo con la decisión de denegar su solicitud por servicios de atención de la salud, medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya haya recibido. También puede quejarse si no está de acuerdo con una decisión para detener los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, usted puede solicitar una apelación si nuestro Plan no paga por un medicamento, ítem o servicio que, en su opinión, debe recibir. La Sección 5 trata sobre las apelaciones, incluyendo el proceso que involucra hacer una apelación.

Período de Beneficio – Tanto para nuestro Plan como para el Plan Medicare Original, un período de beneficios es utilizado para determinar la cobertura para las estadías como paciente interno en las instalaciones de enfermería especializada. Un período de beneficio *empieza* el primer día que usted va a una instalación de enfermería especializada cubierta por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando usted no ha sido un paciente interno en una SNF por 60 días consecutivos. Si usted acude a una SNF luego que ha finalizado un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. No existe un límite al número de períodos de beneficios que usted puede tener.

El tipo de cuidados que se cubre depende de si es considerado un paciente interno para las estadías en la SNF. Usted es un paciente interno en una SNF sólo si su atención en dicha instalación satisface ciertos estándares de niveles especializados de cuidados. Específicamente, con el fin de ser considerado un paciente interno en una SNF, usted debe necesitar servicios de enfermería especializada diaria o cuidados de rehabilitación especializada, o ambos.

Medicamento de Marca – Un medicamento recetado que es manufacturado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son manufacturados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta después que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Cobertura Catastrófica – La fase en el Beneficio de Medicamentos de la Parte D donde usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después que usted u otras partes que califican han gastado en su representación \$4,350 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) – La agencia Federal que administra el programa de Medicare. La Sección 8 le explica cómo contactar los CMS.

Costo compartido - El costo compartido se refiere a las cantidades que un miembro tiene que pagar cuando recibe medicamentos o servicios. Incluye cualquier combinación de los tres tipos de pagos siguientes: (1) todo monto del deducible que el plan pueda estipular antes que los

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

medicamentos o servicios sean cubiertos; (2) toda cantidad de “copago” fija que un plan pueda requerir que sea pagada cuando se reciben medicamentos o servicios específicos; o (3) todo monto de “coseguro” que debe ser pagado como un porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio.

Determinación de Cobertura – Decisión que toma el plan de medicamentos Medicare sobre si el Plan cubre los medicamentos que le recetaron y, en tal caso, el monto que le corresponde pagar por sus medicamentos. En general, si usted lleva su receta a una farmacia, y la farmacia le dice que el medicamento recetado no está cubierto bajo su plan, esa no es una determinación de cobertura. Si no está de acuerdo, usted necesita llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal acerca de su cobertura.

Medicamentos Cubiertos – El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro Plan.

Servicios cubiertos – El término general que utilizamos en esta Evidencia de Cobertura para indicar todos los servicios y suministros de atención de la salud que están cubiertos por nuestro Plan.

Cobertura Acreditada de Medicamentos Recetados – Cobertura (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que ofrezca al menos beneficios equivalentes a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidado de custodia - Atención de necesidades personales mas no de necesidades médicas. El cuidado de custodia puede ser proporcionado por personas que no tienen especialización ni capacitación profesional. Este cuidado incluye la ayuda para caminar, vestirse, bañarse, comer, la preparación de dietas especiales, y para tomar medicamentos. Medicare no cubre los cuidados de custodia salvo que se brinde como otra atención que esté recibiendo además de la enfermería especializada diaria y/o servicios de rehabilitación especializados.

Deducible - Cantidad que se debe pagar por los servicios de atención de la salud o los medicamentos que recibe antes que nuestro Plan comience a pagar su parte de los servicios o medicamentos cubiertos.

Desafiliarse o desafiliación - Proceso de finalizar su membresía en nuestro Plan. La desafiliación puede ser voluntaria (su propia decisión) o involuntaria (no por su propia decisión). La Sección 6 aborda el tema de la desafiliación.

Equipo médico durable - Determinado equipo médico que, por prescripción médica, debe utilizarse en el hogar. Por ejemplo, caminadores, sillas de ruedas o camas hospitalarias.

Cuidado de emergencia – Los servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura e Información de Divulgación – Este documento, junto con su formato de inscripción y cualquier otro anexo o aditamento que describa su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y deberes como miembro de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de determinación de cobertura que, si es aprobada, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del plan de su patrocinador (una excepción del formulario), u obtener un medicamento no-preferencial al nivel preferencial del costo compartido (una excepción de nivel). Usted también puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o el Plan limita la cantidad o las dosis del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

Formulario – Una lista de medicamentos cubiertos proporcionados por el Plan.

Medicamento genérico – Medicamento recetado que tiene la aprobación de la Administración de Fármacos y Alimentos (FDA), ya que contiene el (los) mismo(s) principio(s) activo(s) del medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

Agravio – Un tipo de reclamo que usted hace sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluyendo el reclamo que hace respecto a la calidad de su atención médica. Este tipo de reclamo no involucra disputas sobre pagos o cobertura. Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre los agravios.

Asistente de atención de la salud en casa – un asistente de atención de la salud en casa brinda servicios que no necesitan de la especialización de una enfermera o terapeuta licenciada, como por ejemplo el cuidado personal (por ej., darse un baño, usar el inodoro, vestirse, o para hacer los ejercicios que le han recetado). Los asistentes para la atención de la salud en casa no tienen una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Atención de la salud en el hogar – es atención de enfermería especializada y ciertos otros servicios de atención de la salud que usted recibe en su casa por el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos están listados en la Tabla de Beneficios en la Sección 10 bajo el título “Atención de la salud en el hogar”. Si usted necesita servicios de atención de la salud en el hogar, nuestro plan cubrirá estos servicios para usted si se cumplen los requisitos de cobertura de Medicare. La atención de la salud en el hogar puede incluir servicios de un **asistente de atención de la salud en casa** si los servicios hacen parte del plan de salud en el hogar para la atención de su enfermedad o lesión. Estos servicios no están cubiertos a menos que también tenga una cobertura de servicios especializados. Los servicios de atención de la salud en casa no incluyen los servicios de encargados de la casa, arreglos para el servicio de comidas, ni cuidados de enfermería en casa a tiempo completo.

Hospicio – forma especial de cuidar de personas enfermas desahuciadas y de brindar consejería a sus familias. El cuidado de hospicio es cuidado físico y consejería que es proporcionado por un equipo de personas que son parte de una agencia pública o una compañía privada certificadas por Medicare. Dependiendo de la situación, este cuidado puede ser dado en el hogar, en un hospicio,

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

en un hospital, o en un hogar de reposo. El cuidado de un hospicio está dirigido para ayudar a que los pacientes en los últimos meses de vida dándoles comodidad y alivio para el dolor. El enfoque está en el cuidado, no en la cura. Si desea mayor información sobre el cuidado de hospicio visite www.medicare.gov y en “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Buscar una Publicación de Medicare” para consultar o descargar la publicación “Beneficios de Hospicio de Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Atención como Paciente Interno – La atención médica que recibe cuando es admitido a un hospital.

Límite de Cobertura Inicial – El límite de cobertura máximo bajo el período de cobertura inicial.

Período de Cobertura Inicial – Este es el período antes de que su gasto total en medicamentos alcancen \$2,700, incluidas las cantidades que ha pagado y lo que su Plan ha pagado por usted.

Multa por Inscripción Tardía – Monto que se suma a su prima mensual de cobertura de medicamentos Medicare si acumula 63 días continuos o más sin cobertura acreditada (cobertura de la que se espera un pago promedio equivalente a la cobertura de medicamentos Medicare, como mínimo). Usted paga esta cantidad más alta siempre que tenga un plan de medicamentos Medicare. Existen algunas excepciones.

Medicamento necesarios - Servicios o suministros que: son apropiados y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su afección médica; son utilizados para el diagnóstico, cuidados directos, y tratamiento de su afección médica; satisfacen los estándares de una buena práctica médica en la comunidad local; y no son principalmente para su conveniencia o la de su médico.

Medicare – El programa federal de seguro de salud para las personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con discapacidades, y las personas con enfermedades renales en fase terminal (por lo general, aquellos con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón).

Medicare Advantage (MA) Plan– Llamado en ocasiones Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que hace contratos con Medicare para proporcionarles todos los beneficios de la Parte A (Hospitalaria) y de la Parte B (Médica) de Medicare. Un plan Medicare Advantage ofrece a todas las personas que viven en la área de servicios cubierta por el Plan un conjunto de beneficios en salud con la misma prima y al mismo nivel de costos compartidos. Las Organizaciones de Medicare Advantage pueden ofrecer uno o más Planes de Medicare Advantage en la misma área de servicios. Un Plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un Plan Privado de Tarifa por Servicio (PFFS) o un plan de Cuenta Médica de Ahorros (MSA). En la mayoría de casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**. Todos los que tienen Medicare Parte A y Parte B son aptos para inscribirse en cualquier Plan de Salud de Medicare que se ofrezca en

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

su área, a excepción de las personas con enfermedad renal en fase terminal (a menos que apliquen ciertas excepciones).

Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Parte D) – El seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros como paciente externo que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (Seguro Suplementario de Medicare) – Es un seguro complementario de Medicare que venden las compañías privadas de seguro para llenar los “vacíos de cobertura” en el Plan Original de Medicare. Las pólizas Medigap sólo funcionan con el Plan Original de Medicare. (Los planes de Medicare Advantage no son pólizas Medigap).

Miembro (miembro de nuestro Plan, o “miembro del plan”) – Una persona con Medicare quien es elegible para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro Plan, y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para Servicios con Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros – Es un departamento dentro de nuestro Plan responsable de responder sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, agravios, y apelaciones. Consulte la Sección 8 para obtener información sobre cómo contactar a Servicios para Miembros.

Farmacia de la red – Una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro Plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Nosotros las llamamos “farmacias de la red” porque ellas tienen un contrato con nuestro Plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos sólo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red - “Proveedor” es el término general que utilizamos para los médicos, otros profesionales de atención de la salud, hospitales, e instalaciones de cuidados de la salud que sean licenciadas o certificadas por Medicare y por el Estado para brindar los servicios de atención de la salud. Les llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro Plan para aceptar nuestro pago como pago completo y en algunos casos para coordinar además de brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro Plan. Nuestro Plan paga a los proveedores de la red en base a los contratos que tiene con los proveedores o si los proveedores acuerdan brindarle los servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Proveedor que No es de la red o Instalación que No es de la red – Un proveedor o instalación con los que no hemos dispuesto la coordinación o provisión de servicios cubiertos a los miembros de nuestro Plan. Los proveedores que no son de la red son proveedores que no son empleados, de propiedad, ni operados por nuestro Plan o que no están bajo contrato para brindarle servicios cubiertos.

Determinación de la Organización -La organización Medicare Advantage ha efectuado una determinación de la organización cuando por sí misma o por uno de sus proveedores toma una decisión sobre servicios o pagos MA que usted considera que debe recibir.

Plan Original de Medicare – (“Medicare tradicional” o Medicare de “tarifa por servicio). El Plan Original de Medicare es la manera como muchas personas obtienen cobertura en salud. Es el programa nacional de pago por consulta que le permite ir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de la salud que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte. El Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico) y está disponible en cualquier lugar en los Estados Unidos.

Proveedor externo a la red o Instalación externa a la red – Un proveedor o instalación con los que no hemos dispuesto la coordinación o provisión de servicios cubiertos a los miembros de nuestro Plan. Los proveedores externos a la red son proveedores que no son empleados, de propiedad, ni operados por nuestro Plan o que no están bajo contrato para brindarle servicios cubiertos. En la Sección 2 de esta Evidencia de Cobertura se explica cómo utilizar los servicios de los proveedores o las instalaciones externos a la red.

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. Como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtiene de las farmacias que no son de la red no están cubiertos por nuestro Plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Parte C – ver “Plan Medicare Advantage (MA)”

Parte D – El Programa voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare. (Para fácil referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D.)

Medicamentos de la Parte D – Son medicamentos que el Congreso permite que nuestro Plan ofrezca como parte de un beneficio estándar de medicamentos recetados de Medicare. Puede que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario si desea una lista específica de los medicamentos que cubrimos). Ciertas categorías de medicamentos, tales como las benzodiazepinas, barbitúricos y medicamentos de venta libre, fueron específicamente excluidos por el Congreso del paquete estándar de medicamentos recetados (consulte la Sección 10 para ver las listas de estos medicamentos). Estos medicamentos no son considerados como medicamentos de la Parte D.

Médico de Atención Primaria (PCP) – El profesional de atención de la salud que usted selecciona para coordinar su atención de la salud. Su PCP es responsable de brindar o autorizar los servicios cubiertos mientras usted sea un miembro del plan. La Sección 2 le brinda más información sobre los PCP.

Autorización previa – Aprobación anticipada para recibir servicios o ciertos medicamentos que puedan estar o no en nuestro formulario. Algunos servicios son cubiertos sólo si usted, su médico u otro proveedor reciben la “autorización previa” de nuestro Plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios de la Sección 10.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) – Grupos de médicos practicantes y otros expertos de la atención de la salud que son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar los cuidados brindados a los pacientes de Medicare. Ellos deben evaluar sus quejas sobre la calidad de atención brindada por los Proveedores de Medicare. Consulte la Sección 8 para obtener información sobre cómo contactar a la QIO en su estado y la Sección 5 para obtener información sobre cómo presentar quejas ante la QIO.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional.

Límites de Cantidad - Es una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad, o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo determinado.

Área de servicio – "Área de servicio" es el área geográfica aprobada por los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS) dentro del cual una persona elegible puede inscribirse en un plan determinado.

Atención en una instalación de enfermería especializada (SNF) – Nivel de atención en una SNF ordenado por un médico que debe ser dado o supervisado por profesionales licenciados de atención de la salud. Puede ser atención de enfermeras especializadas, o servicios de rehabilitación especializada, o ambos. La atención de enfermería especializada incluye servicios que requieren las habilidades para ejecutar o supervisar de una enfermera licenciada. Los servicios de enfermería especializada son terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional. La terapia física incluye ejercicios para mejorar el movimiento y la fuerza de un área del cuerpo, y la capacitación sobre cómo utilizar equipo especial, como por ejemplo cómo usar un andador o cómo entrar y salir de una silla de ruedas. La terapia del habla incluye ejercicio para recuperar y fortalecer el habla y/o las habilidades para tragar. La terapia ocupacional ayuda a aprender cómo realizar las actividades diarias usuales como por ejemplo comer y vestirse por sí mismo.

Terapia Escalonada – Es una herramienta de utilización que requiere que usted pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que nosotros cubramos el medicamento que su médico puede haber recetado inicialmente.

Seguridad del Ingreso Suplementario (SSI) – Es un beneficio mensual que paga la Administración del Seguro Social a las personas con ingreso y recursos limitados que están discapacitados, ciegos, o tienen 65 años de edad o son mayores. Los beneficios de SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Cuidados de necesidad urgente – La Sección 2 le explica sobre los servicios de “necesidad urgente”. Éstos son distintos de los servicios de emergencia.

8. Números Telefónicos y Recursos de Utilidad

Información de Contacto con Servicios para Miembros de nuestro Plan

Si usted tiene preguntas o inquietudes sírvase llamar o escribir a Servicios para Miembros de nuestro Plan. Le ayudaremos con mucho gusto.

LLAME AL 1-800-365-2223. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: De lunes a miércoles y los viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los jueves de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

Para preguntas sobre Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare, llame a Caremark al 1-866-236-7373, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

TTY/TDD 1-800-855-2881. Este número requiere un equipo telefónico especial. Las llamadas a este número son gratuitas.

ESCRIBA A Horizon Healthcare of New Jersey, Inc.
Servicios para Miembros
P. O. Box 820
Newark, New Jersey 07101-0820

SITIO WEB www.horizonblue.com/medicare

Información de Contacto para Agravios, Determinaciones de la Organización, Determinación de Cobertura y Apelaciones

Determinación de la Organización sobre Parte C (sobre la atención y servicios de Medicare)

LLAME AL 1-800-365-2223. Las llamadas a este número son gratuitas.

TTY/TDD 1-800-855-2881. Este número requiere un equipo telefónico especial. Las llamadas a este número son gratuitas.

FAX 973-466-4090

ESCRIBA A Horizon Healthcare of New Jersey, Inc.
3 Penn Plaza East, PP-02P
Newark, New Jersey 07105-2200

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

Para obtener información sobre las determinaciones de la organización de la Parte C, consulte la sección 5.

Agravios de la Parte C (sobre la atención y servicios médicos)

LLAME AL 1-800-365-2223. Las llamadas a este número son gratuitas.

TTY/TDD 1-800-855-2881. Este número requiere un equipo telefónico especial. Las llamadas a este número son gratuitas.

FAX 973-466-4090

ESCRIBA A Horizon Healthcare of New Jersey, Inc.
3 Penn Plaza East, PP-02P
Newark, New Jersey 07105-2200

Para obtener información sobre los agravios de la Parte C, consulte la sección 4.

Apelaciones de la Parte C (sobre la atención y servicios médicos)

LLAME AL 1-800-365-2223. Las llamadas a este número son gratuitas.

TTY/TDD 1-800-855-2881. Este número requiere un equipo telefónico especial. Las llamadas a este número son gratuitas.

FAX 973-466-4090

ESCRIBA A Horizon Healthcare of New Jersey, Inc.
3 Penn Plaza East, PP-02P
Newark, New Jersey 071050-2200

Para obtener información sobre las apelaciones de la Parte C, consulte la sección 5.

Determinación de Cobertura de la Parte D (sobre sus Medicamentos Recetados de la Parte D)

LLAME AL 1-866-884-9477. Las llamadas a este número son gratuitas.

TTY/TDD 1-866-236-1069. Este número requiere un equipo telefónico especial. Las llamadas a este número son gratuitas.

FAX 1-866-884-9475

ESCRIBA A Caremark
Medicare Appeals Department

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

MC109
P. O. Box 52000
Phoenix, AZ 85072-2000

Para obtener información sobre las determinaciones de cobertura de la Parte D, consulte la sección 5.

Agravio de la Parte D (sobre sus Medicamentos Recetados de la Parte D)

LLAME AL 1-866-249-6176. Las llamadas a este número son gratuitas.

TTY/TDD 1-866-236-1069. Este número requiere un equipo telefónico especial. Las llamadas a este número son gratuitas.

FAX 1-866-788-5143

ESCRIBA A Caremark
Grievance Team
P. O. Box 280500
Nashville, TN 37228

Para obtener información sobre los agravios de la Parte D, consulte la sección 4.

Apelaciones de la Parte D (sobre sus Medicamentos Recetados de la Parte D)

LLAME AL 1-866-884-9477. Las llamadas a este número son gratuitas.

TTY/TDD 1-866-236-1069. Este número requiere un equipo telefónico especial. Las llamadas a este número son gratuitas.

FAX 1-866-884-9475

ESCRIBA A Caremark
Medicare Appeals Department
MC109
P. O. Box 52000
Phoenix, AZ 85072-2000

Para obtener información sobre las apelaciones de la Parte D, consulte la sección 5.

Otros contactos importantes

A continuación está las listas de otros contactos importantes. Si desea la información de contacto más actualizada, consulte su manual *Medicare y usted*, visite www.medicare.gov y seleccione

“Buscar números telefónicos y recursos de utilidad” o llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud es un programa estatal que brinda fondos del gobierno federal para proveer de consejería gratuita sobre el seguro de salud local a las personas con Medicare. Su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud le puede explicar sus derechos y protecciones de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre el cuidado o tratamiento, y asesorarle para resolver problemas con respecto a las facturas de Medicare. Su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud tiene información sobre los Planes Medicare Advantage, Planes de Medicamentos Recetados de Medicare y sobre las pólizas Medigap (seguro suplementario de Medicare). Esta información también trata sobre cómo dejar la suscripción en la póliza Medigap cuando está inscrito en un Plan Medicare Advantage y los derechos especiales Medigap para las personas que están utilizando un plan Medicare Advantage por primera vez.

Usted puede contactar con el SHIP de su estado en The State Health Insurance Assistance Program en 807 West State Street, Trenton, New Jersey, 08618; número de teléfono: 1-800-792-8820. También puede encontrar el sitio Web de The State Health Insurance Assistance Program en www.medicare.gov, y en "Herramientas de búsqueda" seleccione "Números telefónicos y sitios Web de utilidad".

Healthcare Quality Strategies, Inc.

“QIO” corresponde a las siglas en inglés de la Organización de Mejoramiento de Calidad. Healthcare Quality Strategies, Inc. – es un grupo de médicos y profesionales de la salud en su estado que evalúan la atención médica y procesan ciertos tipos de quejas de pacientes con Medicare. El gobierno federal le paga a esta entidad por verificar y ayudar a mejorar la atención de los pacientes de Medicare. Existe una QIO en cada estado. Las QIO tienen diferentes nombres dependiendo del estado en que están localizadas. Los médicos y otros expertos en la salud de la QIO evalúan determinados tipos de quejas formuladas por los pacientes de Medicare. Estas incluyen quejas sobre la calidad de los cuidados y apelaciones presentadas por los pacientes de Medicare que opinan que la cobertura para su estadía en un hospital, instalación de enfermería especializada, agencia de atención de la salud en el hogar o una instalación integral para la rehabilitación de pacientes externos, está terminando muy pronto. Consulte las Secciones 4 y 5 para obtener información adicional sobre las quejas, apelaciones y reclamos.

Usted puede contactar a Healthcare Quality Strategies, Inc. en Healthcare Quality Strategies, Inc., 557 Cranbury Road, Suite 21, East Brunswick, New Jersey 08816; número de teléfono: 1-800-624-4557.

Cómo contactar al programa de Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para las personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con discapacidades, y las personas con enfermedades renales en fase terminal (por lo general, aquellos con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón). Nuestra organización tiene un contrato con el gobierno federal.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para formular preguntas u obtener folletos de información gratuita sobre Medicare, las 24 horas del día y los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Los representantes de Servicio al Cliente están disponibles las 24 horas del día, incluyendo los fines de semana.
- Para más información visite www.medicare.gov. Este es el sitio Web oficial del gobierno sobre Medicare. Este sitio Web le brinda información actualizada sobre Medicare y los hogares de ancianos y otros temas actuales de Medicare. Incluye publicaciones que usted puede imprimir directamente desde su computadora. Contiene herramientas para ayudarle a comparar los Planes de Medicare Advantage y los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare disponibles en su área. Usted también puede buscar bajo “Herramientas de Búsqueda” para obtener información sobre contactos de Medicare en su estado. Seleccione “Números Telefónicos y sitios Web útiles”. Si usted no tiene una computadora, su biblioteca local o centro de personas mayores le puede ayudar a visitar este sitio Web utilizando su computadora.

Medicaid

Medicaid es un programa estatal del gobierno que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para el Medicaid. Medicaid tiene programas que le ayuden a pagar sus primas de Medicare y otros costos si usted califica. Para recibir más información sobre Medicaid y sus programas, contacte a: New Jersey Departamento de Servicios Humanos, Quakerbridge Plaza Edificio 7, P.O. Box 712, Trenton, New Jersey, 08625-0712; número de teléfono: 1-800-356-1561.

Seguro Social

Los programas del Seguro Social incluyen beneficios de jubilación, incapacidad, beneficios familiares, beneficios para sobrevivientes, y beneficios para los ancianos y ciegos. Usted puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede visitar www.ssa.gov en la Internet.

Ayuda Farmacéutica para Personas de Edad Avanzada e Incapacitadas (PAAD, por sus siglas en inglés), y Programa de Descuento de Medicamentos Recetados New Jersey Senior Gold (Senior Gold)

La Asistencia con Medicamentos Recetados para las Personas de Edad Avanzada e Incapacitados (PAAD), y el Programa de Descuento de Medicamentos Recetados New Jersey Senior Gold son organizaciones del estado que brindan ayuda financiera para cubrir los costos de los medicamentos recetados a las personas mayores de ingresos limitados y con necesidades médicas y a los individuos con discapacidades. Puede contactar a PAAD y Senior Gold en:

New Jersey Department of Health and Senior Services
Pharmaceutical Assistance to the Aged and Disabled (PAAD) or Senior Gold
Lifeline and Special Benefit Programs
P. O. Box 715
Trenton, New Jersey 08625-0715
Teléfono: 1-800-792-9745.

El sitio web de PAAD y Senior Gold es www.NJPAAD.gov.

Junta de Jubilación Ferroviaria

Si obtiene beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, usted puede llamar a su oficina local o al 1-800-808-0772. Los usuarios de TTY deben llamar al 312-751-4701. También puede visitar el sitio Web www.rrb.gov en la Internet.

Cobertura del Empleador (o de “Grupo”)

Si usted o su cónyuge obtienen sus beneficios de su empleador actual o anterior o del sindicato, o del empleador actual o anterior o del sindicato de su cónyuge, llame al administrador de beneficios del empleador o del sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, primas de los planes, o el período de inscripción abierta de su empleador/sindicato. Aviso Importante: Los beneficios de su empleador/sindicato (o los de su cónyuge) pueden cambiar, o usted (o su cónyuge) pueden perder los beneficios, si usted se inscribe en la Parte D de Medicare. Llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para Miembros para averiguar si los beneficios cambiarán o serán cancelados si usted o su cónyuge se inscriben en la Parte D.

9. Avisos legales

Aviso sobre leyes aplicables

Muchas leyes se aplican a esta Evidencia de Cobertura y se pueden aplicar algunas disposiciones adicionales porque lo obliga la ley. Esto puede afectar a sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y bajo ciertas circunstancias también se aplican las leyes del estado donde viva.

Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, incapacidad, religión, sexo, orientación sexual, salud, etnia, credo, edad u origen. Todas las organizaciones que brindan Planes Medicare Advantage o Planes de Medicamentos Recetados de Medicare tal como nuestro Plan, debemos acatar las leyes Federales contra la discriminación incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades, y todas las otras leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen financiamiento Federal y cualesquier otras leyes y normas que se apliquen por cualquier otro motivo.

Notificaciones sobre cobertura en circunstancias imprevistas

El suministro de beneficios o servicios de Horizon Medicare Blue Access w/Rx Enhanced pueden postergarse o considerarse impracticables debido a circunstancias que no están bajo el control de Horizon Healthcare of New Jersey, Inc., o de los proveedores, las farmacias y las instalaciones de la red. Estas circunstancias incluyen epidemias, ataques terroristas, grandes desastres, destrucción total o parcial de las instalaciones por motivos de guerra, motines o rebeliones civiles, invalidez de un número significativo de proveedores o farmacias u otras causas similares. En este caso, ni Horizon Healthcare of New Jersey, Inc., ni otro proveedor o farmacia tendrá responsabilidad u obligación alguna por la demora o la no prestación de tales servicios, siempre y cuando hayan dado lo mejor de sí, de buena fe, para prestar los servicios que se puedan practicar: 1) de acuerdo con su mejor criterio y 2) dentro de las limitaciones de instalaciones y personal disponible. La cobertura durante un desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública se proporcionará conforme a los requisitos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

10. Cuál es el costo de su Plan de Beneficios Médicos de la Parte C y de Medicamentos Recetados de la Parte D

Prima mensual de nuestro Plan.

La prima mensual de nuestro Plan es de \$95.60.

Si usted obtiene sus beneficios de su empleador actual o anterior, o del empleador actual o anterior de su cónyuge, llame al administrador de beneficios del empleador para obtener información sobre la prima de su Plan.

Si está obteniendo ayuda adicional para el pago de su cobertura de medicamentos, el monto de la prima de la Parte D que usted paga como miembro de este Plan está listado en “Cláusula de Evidencia de Cobertura para quienes reciben ayuda adicional para sus medicamentos recetados”. También puede conseguir esta información llamando a Servicios para Miembros Si usted es un miembro del Programa Estatal de Asistencia de Farmacia (SPAP, por sus siglas en inglés), usted puede obtener ayuda con el pago de las primas de su plan mensual. Sírvase contactar a su SPAP para determinar qué beneficios están disponibles para usted. Nótese que no en todos los estados hay un SPAP y en algunos estados puede tener un nombre distinto. Consulte la Sección 8.

En la Sección 1 podrá encontrar más información sobre cómo pagar la prima de su plan.

Cuál es el costo del Plan de Beneficios Médicos Parte C

Esta sección tiene una Tabla de Beneficios que le da una lista de sus servicios cubiertos y le indica lo que debe pagar por cada servicio cubierto. Estos son los beneficios y la cobertura que recibe como un miembro de nuestro Plan. Más adelante en esta sección, en “Exclusiones Generales”, podrá encontrar información sobre los servicios que no están cubiertos. Asimismo, podrá conocer las limitaciones en ciertos servicios. Más adelante en esta sección, encontrará información sobre la cantidad que paga por los Beneficios de Medicamentos Recetados de la Parte D.

¿Cuál es el costo de los servicios cubiertos?

Los deducibles, copagos y coseguros son los montos que usted paga por los servicios cubiertos.

- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por los servicios de atención de la salud que recibe antes que nuestro Plan comience a pagar su parte de los servicios cubiertos.
- Un “**co-pago**” es el pago que efectúa por su parte del costo compartido de ciertos servicios cubiertos que recibe. Un copago es un monto fijo por servicio. Usted la paga

cuando recibe el servicio.

- Un “**coseguro**” es el pago que efectúa por su parte del costo compartido de ciertos servicios cubiertos que recibe. Un coseguro es un porcentaje del costo del servicio. Usted paga el coseguro cuando recibe el servicio.

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

Existe un límite a cuánto tendrá que pagar de su bolsillo cada año por ciertos servicios de atención de la salud cubiertos. Este límite sólo aplica a servicios de salud externos a la red. Una vez que el monto total pagado por deducibles y coseguros llega a los \$6.200, no tendrá que responsabilizarse de los gastos por el resto del año.

Tabla de beneficios

En la tabla de beneficios de las páginas siguientes aparece una lista de los servicios que cubre nuestro Plan y el costo de cada servicio. Los servicios cubiertos listados en la Tabla de Beneficios en esta sección están cubiertos solamente cuando se cumple con todos los requisitos que se indican a continuación:

- Los servicios deben ser proporcionados de acuerdo a las pautas de cobertura de Medicare establecidas por el Programa de Medicare.
- La atención médica, los servicios, los suministros y el equipo que están listados como servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios. Cierta atención preventiva y pruebas de detección también están cubiertos.
- Algunos de los servicios cubiertos indicados en la Tabla de Beneficios están cubiertos sólo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una "autorización previa" (aprobación anticipada) de nuestro Plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios con un anuncio en negrita de previa autorización. Asimismo, estos servicios, que no están en la Tabla de Beneficios, requieren autorización previa:
 - Instituciones Religiosas No Médicas de Atención de la Salud (RNHCI)
 - Farmacéuticos Especializados
 - Tratamiento del dolor

Refiérase a la Sección 2 para obtener información sobre los requisitos para acceder a los proveedores de la red.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Servicios como Paciente Interno

Atención en hospital como paciente interno

No existe un límite para el número de días como paciente interno para la Atención en Hospital Como Paciente Interno, incluyendo los cuidados por abuso de sustancias tóxicas.

Para los servicios de salud mental en un hospital psiquiátrico, existe un límite de por vida con respecto al número de días como paciente interno. Para obtener información adicional consulte Atención de Salud Mental en esta sección.

Entre los servicios cubiertos están:

- Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario).
- Las comidas incluyen las dietas especiales.
- Servicios regulares de enfermería.
- Costos de unidades de cuidado especial (tales como las unidades de cuidado intensivo o atención coronaria).
- Fármacos y medicamentos.
- Pruebas de laboratorio.
- Radiografías y otros servicios radiológicos.
- Suministros necesarios médicos y quirúrgicos.
- Uso de aparatos, como una silla de ruedas.
- Costos de la sala de operaciones y de recuperación
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.
- Bajo ciertas condiciones, están cubiertos los tipos de trasplante siguientes: Córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre, e intestinal/ multivisceral. Si necesita un trasplante, programaremos una revisión de su caso por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, el cual decidirá si usted es candidato para un trasplante.

Dentro de la Red

Usted paga \$75 de Copago por día para los días 1 al 10.

En los casos de hospitalización hay un límite de \$750 de pago en efectivo.

No hay copago adicional si es readmitido en los siguientes 3 días.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Si usted recibe atención autorizada como paciente interno en un hospital que no es del plan después que se ha estabilizado su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Atención en hospital como paciente interno (continuación)

- Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. Cobertura de la sangre total y los glóbulos rojos empaquetados se inicia con la primera pinta de sangre que necesite.
- Servicios del Médico

Excepto en una emergencia, se debe obtener autorización previa de su proveedor para los servicios dentro de la red.

En cuanto a los servicios externos a la red, usted se responsabiliza de cerciorarse de que su proveedor externo a la red tenga la autorización previa de Horizon Healthcare of New Jersey, Inc. La no autorización le acarrearé costos elevados para usted.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Atención de salud mental como paciente interno

Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requiere una estadía en un hospital.

Existe un límite combinado de por vida de 190 días como paciente interno obtenidos en un hospital psiquiátrico dentro de la red y fuera de la red para servicios como paciente interno de salud mental. El límite de por vida de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental como paciente interno proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.

Excepto en una emergencia, su proveedor debe obtener autorización previa de Magellan Behavioral Health of New Jersey, LLC para los servicios dentro de la red.

Para los servicios fuera de la red usted es responsable de asegurarse que su proveedor que no es de la red obtenga la autorización previa de Magellan Behavioral Health of New Jersey, LLC.

Contacte a Magellan Behavioral Health of New Jersey, LLC al 1-800-626-2212, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. para servicios de rutina, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para emergencias, etc.

Dentro de la Red

Usted paga \$75 de Copago por día para los días 1 al 10.

En los casos de hospitalización hay un límite de \$750 de pago en efectivo.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Atención en una instalación de enfermería especializada (SNF)

Este beneficio está limitado a un máximo de 100 días por período de beneficios para la atención combinada en un centro de enfermería especializado dentro de la red y otro fuera de la red. No se requiere de una estadía anterior en un hospital. El cuidado de custodia o el cuidado domiciliario en una Instalación de Enfermería Especializada no está cubierto.

Entre los servicios cubiertos están:

- Habitación semiprivada (o una habitación privada si

Dentro de la Red

Usted paga \$0 de Copago por día para los días 1 al 5.

Usted paga \$50 de Copago por día para los Días 6 al 20.

Usted paga \$100 de Copago por día para los días 21 al 100.

Fuera de la Red

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

- es medicamento necesario).
 - Las comidas incluyendo las dietas especiales.
 - Servicios regulares de enfermería.
 - Terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla.
 - Los medicamentos administrados hacen parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que se encuentran presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación).
 - Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. Cobertura de la sangre total y los glóbulos rojos empaquetados se inicia con la primera pinta de sangre que necesite.
 - Instrumentos médicos y quirúrgicos que los SNF proporcionen comúnmente.
 - Exámenes de laboratorio que los SNF proporcionen comúnmente.
 - Radiografías y otros servicios radiológicos que los SNF proporcionen comúnmente.
 - Uso de aparatos, como una silla de ruedas, que los SNF proporcionen comúnmente.
 - Servicios del Médico.
- 35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Atención en una instalación de enfermería especializada (SNF) *(continuación)*

Por lo general, usted obtendrá su atención de una SNF en las instalaciones de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se incluyen a continuación, puede pagar el costo compartido dentro de la red por instalaciones que no son proveedores de la red, si la instalación acepta los montos de pago de nuestro Plan.

- Una casa de reposo o una comunidad de jubilación de cuidados continuos donde usted estaba viviendo justo antes de que fuera al hospital (siempre que ofrezca la atención de una instalación de enfermería especializada).
- Una SNF donde esté viviendo su cónyuge en el momento que usted deja el hospital.

Su proveedor debe obtener una autorización previa para

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

los servicios dentro de la red en una Instalación de Enfermería Especializada (SNF).

Usted es responsable de que su proveedor que no es de la red obtenga una autorización previa de Horizon Healthcare of New Jersey, Inc. para los servicios fuera de la red.

Los servicios como paciente interno cuando los días de hospital o SNF no están cubiertos o no se cubren más.

Entre los servicios cubiertos están:

- Servicios del Médico.
- Pruebas (como radiografías o pruebas de laboratorio).
- Rayos, radio, terapia de isótopos incluyendo los materiales y servicios del técnico.
- Vendajes quirúrgicos, entablillados, yesos y otros aparatos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.
- Aparatos prostéticos y ortóticos (aparte de dental) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluyendo el tejido contiguo), o todo o parte de la función del órgano interno del cuerpo que está permanentemente sin funcionar o que funciona mal, incluyendo el reemplazo o reparación de tales aparatos.
- Aparatos ortopédicos para la pierna, el brazo, la espalda, y el cuello; bragueros, piernas y brazos artificiales, y ojos incluyendo ajustes, reparaciones, y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida, o un cambio del estado físico del paciente.
- Terapia física, terapia del habla, y terapia ocupacional.

Algunos servicios requieren previa autorización, como terapia física, terapia ocupacional y radioterapia.

Dentro de la Red

Usted paga \$15 de Copago por cada visita a su PCP.

Usted paga \$35 de Copago por cada visita a su especialista.

Es posible que se aplique el coseguro a algunos de estos servicios o suministros.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Agencia de atención de la salud en el hogar

Entre los servicios cubiertos están:

- Servicios de tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada y de asistente de atención de la salud en casa (para que el beneficio de atención de la salud en el hogar cubra estos servicios, deben sumar menos de ocho horas diarias y 35 horas semanales o menos).
- Terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla.
- Servicios sociales médicos.
- Equipos y suministros médicos.

Dentro de la Red

Usted paga \$35 de Copago por cada visita de salud en el hogar.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Después de la evaluación inicial, la autorización previa debe ser otorgada por Horizon Healthcare of New Jersey, Inc. para los servicios prestados por proveedores de la red y los que no son de la red.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Cuidado de hospicio

Puede recibir los cuidados de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El Plan Medicare Original (en lugar de nuestro Plan) pagará al proveedor del hospicio por los servicios que usted reciba. Su médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor que no es de la red. Usted sigue siendo miembro del plan y continuará obteniendo el resto de su atención que no está relacionada a su condición terminal por medio de nuestro Plan. Entre los servicios cubiertos están:

- Los medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor, cuidados de alivio de corto plazo, y otros servicios no cubiertos de otra manera por el Plan Original de Medicare.
- Atención médica en el hogar.

Nuestro plan cubre los servicios de consulta de hospicio (una sola vez) para una persona con enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.

Cuando se inscribe en un programa de Hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio son pagados por Medicare y no por su plan de Medicare Advantage.

Servicios de consulta:

Usted paga un copago de \$15 por cada visita de su médico de atención primaria (PCP), y un copago de \$35 por cada visita de un especialista.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Servicios para Pacientes Ambulatorios

Servicios de médico, incluyendo las visitas al consultorio médico

Entre los servicios cubiertos están:

- La visitas al consultorio, incluyendo la atención médica y quirúrgica en el consultorio del médico o del centro quirúrgico ambulatorio certificado.
- Consulta, diagnóstico, y tratamiento por un especialista.
- Exámenes de audición y equilibrio, en caso de que su doctor los ordene para saber si se requiere tratamiento médico.
- Visitas de nuestra consultorio de telemedicina, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista.
- Segunda opinión por otro proveedor de la red antes de la cirugía
- Servicios de hospital para pacientes ambulatorios.

Dentro de la Red

Usted paga \$15 de Copago por cada visita a su PCP.

Usted paga \$35 de Copago por cada visita a su especialista.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Atención dental no de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, curación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de cáncer neoplásico, o servicios que serían cubiertos cuando los proporciona un médico).

Totalmente cubierto.

Se aplicará un copago si la visita se realiza en un consultorio.

Servicios quiroprácticos

Entre los servicios cubiertos están:

- Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación.

Dentro de la Red

Usted paga \$35 de Copago por cada visita.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Servicios de Podiatría

Entre los servicios cubiertos están:

- Tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies (tales como el dedo en martillo o los espolones del talón).
- Cuidado de rutina del pie para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.

Dentro de la Red

Usted paga \$15 de Copago por cada visita a su PCP.

Usted paga \$35 de Copago por cada visita a su especialista.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Atención de salud mental como paciente ambulatorio (incluyendo Servicios de Hospitalización Parcial).

Entre los servicios cubiertos están:

- Servicios de salud mental proporcionados por un médico, un psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista clínico en enfermería, enfermera practicante, asistente de médico, u otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare según está permitido bajo las leyes estatales aplicables.
- La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento activo que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización como paciente interno.

Dentro de la Red

Atención de Salud Mental como Paciente Ambulatorio:

Usted paga \$35 de Copago por cada visita individual/ visita de terapia de grupo autorizadas.

Hospitalización Parcial:

Usted paga \$125 de Copago.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Excepto en una emergencia, usted o su proveedor debe obtener autorización previa de Magellan Behavioral Health of New Jersey, LLC.

Contacte a Magellan Behavioral Health of New Jersey, LLC al 1-800-626-2212, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. para servicios de rutina, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para emergencias, etc.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Servicios por abuso de sustancias tóxicas como paciente ambulatorio

Excepto en una emergencia, usted o su proveedor debe obtener autorización previa de Magellan Behavioral Health of New Jersey, LLC.

Contacte a Magellan Behavioral Health of New Jersey, LLC al 1-800-626-2212, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. para servicios de rutina, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para emergencias, etc.

Dentro de la Red

Usted paga \$35 de Copago por cada visita individual/ visita de terapia de grupo.

Hospitalización Parcial:

Usted paga \$125 de Copago.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Cirugía ambulatoria (que incluye los servicios en centros de cirugía ambulatoria).

En la mayoría de casos, no se necesita la autorización previa, sin embargo, para ciertos procedimientos quirúrgicos, como cirugía de los senos paranasales, es posible que se requiera la autorización previa.

Para obtener información adicional, sírvase a llamar a Servicios para Miembros.

Dentro de la Red

Usted paga \$75 de Copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio independiente.

Usted paga \$125 de Copago por cada visita al local de un hospital para pacientes ambulatorios.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Servicios de ambulancia

Entre los servicios de ambulancia cubiertos están el transporte aéreo en avión y en helicóptero y transporte terrestre a las instalaciones apropiadas más cercanas donde puedan atenderlo. Estos servicios sólo se prestan en caso de que la condición de la persona disponga la contraindicación de otros medios de transporte (puedan poner en riesgo la salud del paciente). A fin de que el servicio facturado se considere como una necesidad médica, la condición del individuo debe requerir tanto el transporte en ambulancia como del nivel de servicio correspondiente. El transporte en ambulancia para casos que no son de no emergencia es adecuado si se certifica que la condición de la persona afiliada disponga la contraindicación de otros medios de transporte (pueden poner en riesgo la salud de la persona) y que el transporte en ambulancia sea necesario a nivel médico.

Usted paga \$150 de Copago por servicios de ambulancia por viaje.

Excepto en una emergencia, los servicios de ambulancia aérea y terrestre requieren de autorización previa.

Cuidado de emergencia

Para obtener mayor información, consulte la Sección 2. Cobertura mundial.

Usted paga \$50 de Copago por cada visita a la sala de emergencias.
(Anulado si es admitido dentro de 24 horas por la misma afección.)

Si usted necesita atención como paciente interno en un hospital que no es de la red después que se ha estabilizado su condición de emergencia, el coordinador de tal hospital debe autorizarla y usted tendrá que pagar el costo que le correspondería en un hospital de la red.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Cuidados de necesidad urgente

Para obtener mayor información, consulte la Sección 2.

Dentro de la Red

Usted paga \$15 de Copago por cada visita a su PCP.

Usted paga \$35 de Copago por cada visita a su especialista.

Usted paga \$50 de Copago por visita a la sala de emergencias. (Anulado si es admitido dentro de 24 horas por la misma afección.)

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje y rehabilitación cardíaca

Dentro de la Red

Usted paga \$35 de Copago por cada visita.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Su proveedor debe obtener una autorización previa para los servicios de terapia física y terapia ocupacional dentro de la red.

Usted es responsable de que su proveedor que no es de la red obtenga una autorización previa de Horizon Healthcare of New Jersey, Inc. para los servicios fuera de la red.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Equipo médico durable y suministros relacionados

Entre los artículos que cubre el plan, están sillas de ruedas, muletas, camas hospitalarias, bombas de infusión intravenosa, equipos de oxígeno, nebulizadores y caminadores. (Vea la definición de “equipo médico durable” en la Sección 7.)

Para los beneficios dentro y fuera de la red, se requiere de autorización previa de Horizon Healthcare of New Jersey, Inc., para todos los ítems que pasen de \$500 y para todos los artículos alquilados.

Dentro de la Red

20% de Coseguro.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Aparatos prostéticos y suministros

relacionados – (aparte de dental) que reemplazan una parte o función del cuerpo. Éstos incluyen bolsas para colostomía y suministros relacionados directamente con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos prostéticos, extremidades artificiales, y prótesis de pecho (incluyendo un brasier quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados a aparatos prostéticos, y la reparación y/o reemplazo de los aparatos prostéticos. También incluye alguna cobertura posterior a extirpación de cataratas o cirugía de cataratas, consulte “Atención de la Vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.

Para los beneficios dentro y fuera de la red, se requiere de autorización previa de Horizon Healthcare of New Jersey, Inc., para todos los ítems que pasen de \$500.

Dentro de la Red

20% de Coseguro.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Autocontrol, capacitación y suministros para la diabetes – para todas las personas que tienen diabetes (los que usan insulina y los que no la usan). Entre los servicios cubiertos están:

- Monitor de glucosa de la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, aparatos para las lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores.
- Un par de zapatos terapéuticos por año calendario para las personas con diabetes que tienen una enfermedad grave de pie diabético, incluyendo el ajuste de los zapatos o los insertos.
- La capacitación para el autocontrol está cubierta bajo ciertas condiciones.
- Para las personas con riesgo de tener diabetes: Pruebas de glucosa de plasma en ayunas. Frecuencia de pruebas según sea médicamente necesario.

Se debe obtener autorización previa de Horizon Healthcare of New Jersey, Inc., para los ítems que pasen de \$500, tanto dentro como fuera de la red.

Terapia de nutrición médica – para las personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no están en diálisis), y después de un trasplante cuando es referido por su médico.

Dentro de la Red

Totalmente cubierto.

Se aplicará un Copago si se realiza una visita /consulta en el consultorio en el momento del control de la diabetes.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Dentro de la Red

Usted paga \$15 de Copago por cada visita a su PCP.

Usted paga \$35 de Copago por cada visita a su especialista.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos como paciente ambulatorio

Entre los servicios cubiertos están:

- Radiografías.
- Quimioterapia
- Terapia de radiación.
- Suministros quirúrgicos, como por ejemplo los vendajes.
- Suministros, tales como los entablillados y yesos.
- Pruebas de laboratorio.
- Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. Cobertura de la sangre total y los glóbulos rojos empaquetados se inicia con la primera pinta de sangre que necesite.
- Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios

Se requiere que su proveedor obtenga autorización previa para los servicios de imágenes avanzadas de la red (como por ejemplo Imagen de Resonancia Magnética, angiografía por resonancia magnética, PET Tomografías por emisión de positrones y tomografía axial computarizada, ecocardiograma de esfuerzo y cateterismo diagnóstico del hemicardio izquierdo) de CareCore National, LLC. 1-866-496-6200.

Para los servicios fuera de la red, usted es responsable de asegurarse que su proveedor que no es de la red obtenga la autorización previa para estos servicios de CareCore National, LLC.

Usted o su proveedor deben obtener una autorización previa para los servicios de radioterapia dentro de la red o fuera de ella.

Dentro de la Red

Usted paga \$0 de Copago por los servicios de laboratorio realizados por LabCorp o AtlantiCare.

Usted paga \$35 de Copago por los servicios que no puedan suministrar LabCorp o AtlantiCare.

Usted paga \$35 de Copago por los servicios de laboratorio realizados en instalaciones independientes.

Usted paga un copago de \$125 por servicios hospitalarios ambulatorios, a excepción de quimioterapia y radioterapia, cuyo copago es de \$35.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Cuidado Preventivo y Pruebas de Detección

Examen de aneurisma aórtico abdominal

Un solo examen de ultrasonido para las personas en riesgo.

Dentro de la Red

Usted paga \$15 de Copago por cada visita a su PCP.

Usted paga \$35 de Copago por cada visita a su especialista.

Usted paga un copago de \$35 por cada visita a un centro independiente de imágenes y un copago de \$125 por cada visita al local de un hospital para pacientes ambulatorios.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Medición de la masa ósea

Para las personas que califican (generalmente esto significa las personas que se encuentran en peligro de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los servicios siguientes están cubiertos cada 2 años o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: Procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea, o determinar la calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por un médico.

Dentro de la Red

Totalmente cubierto.

Se aplicará un Copago si se realiza una visita /consulta en el consultorio en el momento del examen.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Examen de detección colorrectal

Para las personas de 50 años y mayores, está cubierto lo siguiente:

- Sigmoidoscopia flexible (o detección por enema de bario como una alternativa) cada 48 meses.
- Prueba de búsqueda de sangre oculta en las deposiciones, cada 12 meses.

Para las personas que tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:

- Colonoscopia de detección (o detección por enema de bario como una alternativa) cada 24 meses.

Para las personas que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:

- Colonoscopia de detección cada 10 años, pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.

Dentro de la Red

Cubierto por completo en servicios de rutina

Para los servicios que no son de rutina, usted paga \$75 de copago por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio independiente y un copago de \$125 por cada visita al local de un hospital para pacientes ambulatorios.

Se aplicará un Copago si la visita o consulta en el consultorio se realiza en el momento de la evaluación.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Inmunizaciones

Entre los servicios cubiertos están:

- La vacuna contra la neumonía.
- Vacunas contra la gripe, una vez al año en el otoño o el invierno.
- Vacuna contra la Hepatitis B, si usted tiene un riesgo alto o intermedio de adquirir la Hepatitis B.
- Otras vacunas si usted está en riesgo.

Dentro de la Red

La vacuna anual contra la gripe y la neumonía están cubiertas completamente.

Hay un Copago de \$15 por la vacuna contra la Hepatitis B y otras vacunas.

Se aplicará un Copago si la visita o consulta en el consultorio se realiza en el momento de la vacunación.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Mamografía de detección

Entre los servicios cubiertos están:

- Un examen básico entre los 35 y 39 años de edad.
- Una prueba de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años y mayores.

Se requiere la receta de su médico para la servicios de mamografía, ya sean de rutina o no.

Dentro de la Red

Servicios de rutina:

Está completamente cubierta para una mamografía de rutina que se obtiene en un centro de imágenes independiente, en un consultorio de radiología de la red o en instalaciones hospitalarias ambulatorias.

Se aplicará un Copago si la visita o consulta en el consultorio se realiza en el momento de la evaluación.

Servicios que no son de rutina:

Para los servicios que no son de rutina usted paga un copago de \$35 por cada visita a un centro independiente de imágenes y un copago de \$125 por cada visita al local de un hospital para pacientes ambulatorios.

Se aplicará un Copago si la visita o consulta en el consultorio se realiza en el momento de la evaluación.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Pruebas de Papanicolau, exámenes pélvicos y exámenes clínicos de los senos

Entre los servicios cubiertos están:

- Para todas las mujeres, las pruebas de Papanicolau, los exámenes pélvicos y los exámenes clínicos de los senos están cubiertos una vez cada 12 meses.
- Si usted se encuentra en alto riesgo de tener cáncer cervical o ha tenido una prueba de Papanicolau con resultados anormales y está en edad fértil: Una prueba de Papanicolau cada 12 meses.

Dentro de la Red

Totalmente cubierto.

Se aplicará un Copago si se realiza una visita /consulta en el consultorio en el momento del examen.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Exámenes de Detección del Cáncer a la Próstata

Para los hombres de 50 años o más, los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses:

- Examen rectal digital.
- Prueba de Antígeno Específico de la Próstata (PSA).

Dentro de la Red

Totalmente cubierto.

Se aplicará un Copago si se realiza una visita /consulta en el consultorio en el momento del examen.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Prueba de examen cardiovascular

Las pruebas de sangre para la detección de la enfermedad cardiovascular (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular). Frecuencia de pruebas según sea médicamente necesario.

Dentro de la Red

Usted paga \$15 de Copago por cada visita a su PCP.

Usted paga \$35 de Copago por cada visita a su especialista.

Fuera de la Red

Coseguro de \$35 después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Exámenes físicos

Dentro de la Red

Usted paga \$15 de Copago por cada visita a su PCP.

Usted paga \$35 de Copago por cada visita a su especialista.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Otros Servicios

Diálisis (renal) y servicios de laboratorio relacionados

Entre los servicios cubiertos están:

- Tratamientos de diálisis como paciente externo (incluyendo los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en la Sección 2).
- Tratamientos de diálisis como paciente interno (si es admitido a un hospital para cuidados especiales).
- Capacitación para auto-diálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayuda en sus tratamientos de diálisis en casa).
- Equipo y suministros de diálisis en el hogar.
- Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas por trabajadores capacitados en diálisis para supervisar su diálisis en casa, para ayudarlo en caso de emergencias, y para revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua).

Dentro de la Red

Totalmente cubierto.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Medicamentos Recetados de Medicare Parte B

Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B del Plan Original de Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por los siguientes medicamentos. Los medicamentos cubiertos incluyen:

- Medicamentos que usualmente no son auto-administrados por el paciente y que son inyectados mientras recibe los servicios del médico.
- Medicamentos que toma mientras usa equipo médico durable (como los nebulizadores) que fue autorizado por el plan.
- Factores de coagulación que usted mismo se administra mediante inyección si tiene hemofilia.
- Medicamentos inmunodepresivos, si estaba inscrito en Medicare Parte A al momento del transplante de órgano.

Dentro de la Red

Totalmente cubierto.

Fuera de la Red

35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

- Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está limitado a estar en casa, tiene un hueso fracturado que un médico certifica que fue relacionado a una osteoporosis posterior a la menopausia, y que no puede auto-administrarse el medicamento.
- Antígenos.
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas.
- Ciertos medicamentos para la diálisis en casa, incluyendo la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos, y agentes de estimulación de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit, o Epoetin Alfa, Aranesp o Darboetin Alfa®).
- Globulina Inmuno Intravenosa para el tratamiento de enfermedades de inmuno deficiencia primaria en su hogar.

Se requiere de autorización previa para ciertos medicamentos.

La Sección 2 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las reglas que debe acatar para que los medicamentos estén cubiertos. Más adelante en esta sección aparece en una lista lo que usted paga por medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.

Se requiere de autorización previa para farmacéuticos especializados.

Resumen de Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Externos de Medicare

Cobertura Inicial:

Usted paga lo que se indica a continuación hasta que el total del costo anual por medicamentos alcance la suma de \$2,700:

Medicamento genérico

Suministro para 30 días - Copago de \$4

Suministro para 90 días - Copago de \$12

Medicamentos Preferenciales:

Suministro para 30 días - Copago de \$36

Suministro para 90 días - Copago de \$108

Medicamentos No Preferenciales:

Suministro para 30 días - Copago de \$72

Suministro para 90 días - Copago de \$216

Medicamentos de Especialidad y Autoinyectables:

33% de Coseguro

Vacío de Cobertura:

Luego que sus costos totales anuales por medicamentos

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

alcanzaron la cantidad de **\$2,700**, usted paga un Copago de \$4 por medicamentos genéricos y el 100% por todos los otros medicamentos hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen la suma de \$4,350.

Cobertura Catastrófica:
Luego que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcanzan la suma de **\$4,350**, usted paga:

Un coseguro de 5% o \$2.40, el que sea mayor, por medicamentos genéricos o de marca preferente, y de \$6.00 por todos los otros medicamentos.

Beneficios Adicionales

Servicios dentales preventivos

Entre los servicios cubiertos están:

- Un examen oral, hasta cuatro radiografías interproximales cada seis meses.
- Una limpieza oral cada seis meses
- Una radiografía panorámica (incluida radiografía interproximal) cada tres años.
- Restauraciones, que incluyen amalgamas (sólo una cada seis meses en el mismo diente)

Sólo dentro de la Red

Completamente Cubierto

Si desea más información sobre sus beneficios dentales, sírvase llamarnos al **1-800-433-6825**, o puede presentar sus reclamos en: Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, P. O. Box 1938, Newark, N.J. 07101-1938.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Servicios auditivos

- *Examen Auditivo de Rutina*
- Está cubierto un examen auditivo anual de rutina. Una evaluación de ajuste dentro de la red una vez cada tres meses está completamente cubierta.
- *Exámenes de diagnóstico de la audición.*
Los servicios dentro de la red deben ser prestados en HEARx, una compañía de HearUSA. En las zonas donde no haya instalaciones de HEARx, puede asistir donde un audiólogo asociado.

- *Audífonos*
Si usted utiliza un audiólogo participante de HEARx para las compras y/o reparaciones de audífonos, usted recibirá un crédito de hasta \$750 por un período de tres años para dichas compras y/o reparaciones mientras sea un miembro de este plan. Sólo se le facturará por las compras y/o reparaciones durante dicho período si el monto total que haya gastado excede el crédito de \$750.

Si reside en los condados de Cumberland, Hunterdon, Passaic, Sussex, Union o Warren, por favor seleccione un audiólogo participante para dichos servicios. Se le reembolsará un máximo de \$750 por el período de tres años mientras sea un miembro de este plan. Para obtener su reembolso debe presentar su factura pagada a Horizon Healthcare of New Jersey, Inc.

Dentro de la Red

Examen de Audición de Rutina:
Usted paga de \$15 a \$35 de copago por visita.

Examen de Audición de Diagnóstico: Usted paga de \$15 a \$35 de copago por visita.

Fuera de la Red

Examen de Audición de Rutina, Examen de Audición de Diagnóstico:
35% de coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Audífonos (compra y reparación)

Dentro de la Red

Usted recibirá un crédito de hasta \$750 por un período de tres años mientras sea miembro de este plan por los gastos incurridos en la compra y/o reparación de un audífono por medio de HEARx o de un audiólogo participante.

Fuera de la Red

Hay un reembolso limitado de \$50 por el período de tres años mientras sea un miembro de este plan. Sus facturas pagadas deben ser presentadas a Horizon Healthcare of New Jersey, Inc.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Cuidados de la vista

Los servicios cubiertos incluyen entre otros los siguientes:

- Servicios médicos de consulta externa para el cuidado de la vista.
- Para las personas que se encuentran en alto riesgo de sufrir de glaucoma, como por ejemplo las personas con una historia familiar de glaucoma, las personas con diabetes, y Afro-americanos que tienen 50 años de edad o son mayores: Examen de detección de glaucoma una vez por año
- Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de un lente intraocular. Lentes correctivos/marcos (y reemplazos) necesarios después de la extirpación de cataratas sin un implante de lente.
- Cuidado de la vista de rutina y artículos para la vista.

Dentro de la Red

Examen de la Vista de Rutina:

Usted paga de \$15 a \$35 de Copago por visita.

Examen de la Vista de Diagnóstico: Usted paga de \$15 a \$35 de copago por visita.

Fuera de la Red

Examen de la Vista de Rutina: 35% de Coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Examen de Diagnóstico de la Vista: 35% de Coseguro después de satisfacer el Deducible anual de \$900.

Hardware:

Dentro de la Red /Fuera de la Red:

Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas está cubierto en base a la asignación de Medicare.

Usted está cubierto hasta por un monto de \$100 cada dos años por anteojos o lentes de contacto que no están asociados con cirugía de cataratas.

Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Programas de educación de la salud y el bienestar

No se aplicará ningún copago.

Estos programas se centran en las condiciones clínicas de la salud, como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales. Los programas diseñados para fortalecer la salud y el estilo de vida de nuestros miembros incluyen control del peso, terapias contra el tabaquismo, condición física y manejo del estrés.

Nuestros Programas de Educación de la Salud y el Bienestar incluyen, entre otros:

- Programa de Educación de la Salud del Asma
- Programa de Educación de la Salud de la Enfermedad Crónica del Riñón (CKD, por sus siglas en inglés)/Enfermedad Renal de Fase Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)
- Programa de Educación de la Salud de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)
- Programa de Educación de la Salud de Insuficiencia Cardíaca (HF)
- Programa de Educación de la Salud de la Enfermedad de la Arteria Coronaria (CAD)
- Programa de Educación de la Salud de la Diabetes
- Programa de Educación de la Salud de la Hepatitis C
- Programa de Educación de la Salud de la Esclerosis Múltiple
- Programa de Educación de la Salud de Control de Peso
- El Programa de Bienestar Físico Silver Sneakers® está ofreciendo membresías en gimnasios participantes y servicios de bienestar físico.

Para obtener más información acerca de los Programas de Educación de la Salud y el Bienestar de Horizon, sírvase llamarnos al **1-888-334-9006**. Los miembros con dificultades auditivas pueden llamar al **1-800-855-2881**.

Cuál es el costo desembolsado de su Plan de Medicamentos Recetados de la Parte D

Esta sección contiene un cuadro con información sobre lo que usted debe pagar por medicamentos cubiertos. Estos son los beneficios que recibe como un miembro de nuestro Plan. (Los medicamentos cubiertos de la Parte B ya se describieron en esta sección, y más adelante, en “Exclusiones Generales”, podrá encontrar información sobre medicamentos no cubiertos). Si desea mayor información sobre sus beneficios, por favor refiérase a nuestro Resumen de Beneficios. Si no tiene un ejemplar del Resumen de Beneficios, puede consultarlo en nuestro sitio de Internet o puede contactar y solicitarlo con Servicios para Miembros.

¿Cuánto paga por medicamentos cubiertos por este Plan?

Cuando usted se abastece de un medicamento que está cubierto, es posible que pague parte del costo de su medicamento. La cantidad que usted paga por su medicamento depende de cuál es el nivel de cobertura en el que se encuentra (por ej. período de cobertura inicial, o periodo después que alcanza el límite de su cobertura inicial, y el nivel catastrófico), el tipo de medicamento que es, y si está abasteciéndose del medicamento recetado en una farmacia dentro o fuera de la red. A continuación se describe cada fase del beneficio. Consulte el formulario de su plan para conocer los medicamentos que cubrimos y el nivel al que corresponden. (Más adelante aparece mayor información sobre el formulario).

Si usted califica para ayuda adicional con el costo de sus medicamentos, es posible que sus costos por sus medicamentos sean diferentes de aquellos descritos a continuación. Si desea más información, consulte “Cláusula de Evidencia de Cobertura para quienes reciben ayuda adicional para el pago de sus Medicamentos Recetados”. Si aún no cumple con los requisitos para recibir ayuda adicional, consulte “¿Califico para la ayuda adicional?” en la sección 1.

Período de Cobertura Inicial

Durante el **período de cobertura inicial**, nosotros pagaremos parte de los costos por sus medicamentos cubiertos y usted pagará la otra parte. La cantidad que usted paga cuando se abastece de un medicamento recetado cubierto se llama el coseguro o copago. Su coseguro o copago variará dependiendo del medicamento y dónde se reabastece del medicamento.

Usted tendrá que pagar lo siguiente por sus medicamentos recetados cubiertos:

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

| Nivel de medicamento | Costos Compartidos en la Red por Compras al por Menor (suministro de 30 días) | Costos Compartidos en la Red por Compras al por Menor (suministro de 90 días) | Costos Compartidos de Largo Plazo en la Red (suministro de 31 días) | Costos Compartidos en la Red por Pedidos por Correo (suministro de 90 días) | Costos Compartidos Fuera de la Red (suministro de 30 días) |
|--|--|--|--|--|---|
| Medicamentos Genéricos | \$4 de Copago | \$12 de Copago | \$4 de Copago | \$12 de Copago | \$4 de Copago (suministro de 30 días) |
| Medicamentos Preferenciales | \$36 de Copago | \$108 de Copago | \$36 de Copago | \$108 de Copago | \$36 de Copago (suministro de 30 días) |
| No-Preferenciales | \$72 de Copago | \$216 de Copago | \$72 de Copago | \$216 de Copago | \$72 de Copago (suministro de 30 días) |
| Medicamentos de Especialidad/Auto-Inyectables | 33% de Coseguro | 33% de Coseguro | 33% de Coseguro | 33% de Coseguro | 33% de Coseguro |

Una vez que el costo total de sus medicamentos llegue a los \$2,700 usted alcanzará su **límite de cobertura inicial**. El límite de su cobertura inicial se calcula sumando los pagos hechos por este Plan y usted. Si otras personas, organizaciones, empleador/ sindicato actual o antiguo, y otro plan o póliza de seguro ayuda a pagar por sus medicamentos bajo este Plan, la cantidad que ellos gastan puede contar hacia su límite de cobertura inicial.

Vacío de Cobertura:

Luego de que sus costos totales por medicamentos lleguen a \$2,700, seguiremos proporcionándole la cobertura de algunos medicamentos recetados hasta que sus costos totales en efectivo alcancen \$4,350. Usted u otras personas que lo representen realizarán un copago de \$4 por medicamentos genéricos y de 100% por otros medicamentos.

Una vez que el costo total de sus medicamentos llegue a \$4,350, cumplirá los requisitos de cobertura catastrófica.

Cobertura Catastrófica

Todos los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare incluyen cobertura catastrófica para las personas cuyos medicamentos recetados tienen un alto costo. Para poder calificar para la cobertura catastrófica, usted debe gastar \$4,350 de su bolsillo por el año. Cuando la cantidad total que ha pagado hacia el coseguro, copagos, y el costo por los medicamentos cubiertos por la Parte D después que llega al límite de cobertura inicial alcanza los \$4,350, usted califica para la cobertura catastrófica. Durante la cobertura catastrófica usted pagará un coseguro de 5% o \$2.40, el que sea mayor, por genéricos o medicamentos que se consideren genéricos y \$6.00 por los demás medicamentos. Nosotros pagaremos el resto.

Cobertura en vacunación (incluye la administración de vacunas)

El beneficio de medicamentos recetados de nuestro Plan cubre una variedad de vacunas incluyendo la administración de vacunas. El monto por el que será responsable dependerá de cómo se dispensa la vacuna y quien la administra. También sírvase tomar nota que en algunas situaciones la vacuna y su administración serán facturadas por separado. Cuando esto ocurre, es posible que tenga que pagar cantidades separadas de costos compartidos por la vacuna y por la administración de la vacuna.

El cuadro siguiente describe algunas de estas situaciones. Tome nota que en algunos casos usted recibirá la vacuna de alguien que no es parte de nuestra red de farmacias y es posible que tenga que pagar el costo completo de la vacuna y de su administración por adelantado. Tendrá que enviarnos por correo los recibos, de acuerdo con nuestra política de reclamos externos a la red (véase la Sección 2), y luego le reembolsaremos el coaseguro o copago normal de tal vacuna. En algunos casos, tendrá que hacerse cargo de la diferencia entre lo que pagamos y el cobro de proveedor externo a la red. El cuadro siguiente brinda ejemplos de cuánto costaría obtener una vacuna (incluyendo su administración) bajo nuestro Plan. Los costos reales de la vacuna pueden variar según el tipo de vacuna y si su vacuna es administrada por un farmacéutico o por otro proveedor.

Recuerde que es responsable por todos los costos asociados con las vacunas (incluyendo su administración) durante la(s) fase(s) de vacío de cobertura de su beneficio.

| Si usted obtiene la vacuna en: | Y es administrada por: | Usted paga (y/o es reembolsado) |
|---------------------------------------|--|---|
| La Farmacia | La Farmacia (no es posible en todos los Estados) | Paga el copago normal de la vacuna. |
| Su Médico | Su Médico | Usted paga por adelantado el costo completo de la vacuna y su administración. Le reembolsan esa cantidad menos su copago normal de la vacuna (incluida su administración). |
| La Farmacia | Su Médico | Usted paga el coseguro normal por la vacuna en la farmacia y el monto total que cobra el médico por la administración de la vacuna. Le reembolsan la cantidad cobrada por el médico menos cualquier cobro aplicable en la red por la administración de la vacuna. |

* Si usted recibe ayuda adicional le reembolsaremos por esta diferencia.

Le podemos ayudar a entender los costos asociados a las vacunas (incluyendo la administración) disponibles bajo nuestro Plan, antes que acuda a su médico. Para obtener más información sírvase contactar a Servicios para Miembros.

¿Cómo se calcula el costo de sus gastos de bolsillo?

¿Qué tipo de pagos por medicamentos recetados cuentan hacia sus costos de gastos de bolsillo?

Los tipos de pagos siguientes por medicamentos recetados pueden contar hacia sus costos de gastos de bolsillo y le pueden ayudar a calificar para la cobertura catastrófica siempre y cuando el medicamento por el que esté pagando sea un medicamento de la Parte D o un medicamento de transición, figure en el formulario (o si obtiene una decisión favorable en una determinación de cobertura, pedido de excepción o apelación), obtenida en una farmacia de la red (o usted tiene un reclamo aprobado de una farmacia de fuera de la red), y de otra manera cumple con nuestros requisitos de cobertura:

- Su coseguro o copago hasta el límite de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado por medicamentos durante el vacío de cobertura
- Cualquier pago realizado en este año por otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en el plan

Cuando haya gastado un total de \$4,350 por estos ítems, usted alcanzará el nivel de cobertura catastrófica.

¿Qué tipo de pagos por medicamentos recetados no contarán hacia sus costos de gastos de bolsillo?

La cantidad que usted paga por su prima mensual no cuenta hacia la suma para alcanzar el nivel de cobertura catastrófica. Además, los siguientes tipos de pagos por medicamentos recetados **no cuentan** para sus costos de gastos de bolsillo:

- Los medicamentos recetados adquiridos fuera de los Estados Unidos y sus territorios;
- Medicamentos recetados no cubiertos por el Plan;
- Medicamentos recetados obtenidos en una farmacia de fuera de la red cuando dicha compra no cumple con nuestros requisitos para la cobertura de fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluyendo medicamentos recetados que cubran las Partes A o B y otros medicamentos que Medicare haya excluido de la cobertura.

¿Quién paga por sus medicamentos recetados, y cómo se aplican esos pagos hacia sus costos de gastos de bolsillo?

Excepto por los pagos de su prima, cualquier pago que haga por los medicamentos que cubrimos de la Parte D contará hacia los costos de sus gastos de bolsillo y le ayudarán a calificar para la cobertura catastrófica. Además, cuando las personas u organizaciones siguientes pagan sus costos por tales medicamentos, estos pagos contarán hacia sus costos de gastos de bolsillo y le ayudarán a calificar para la cobertura catastrófica:

- Miembros de la familia u otras personas;
- Programas Estatales Calificados de Asistencia en Farmacia (SPAP) (Los SPAP tienen nombres distintos en los diversos estados). Puede consultar la Sección 8 si desea mayor información sobre el nombre y el número telefónico de la SPAP en su área.

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

- Programas de Medicare que proporcionan ayuda adicional con la cobertura de medicamentos recetados; y
- La mayoría de caridades u organizaciones caritativas que pagan el costo compartido en su representación. Sírvase notar que si la caridad está establecida, operada o controlada por su anterior o actual empleador o sindicato, usualmente los pagos no contarán hacia sus costos de gastos de bolsillo.

Los pagos hechos por los siguientes no contarán hacia sus costos de gastos de bolsillo:

- Planes Grupales de Salud;
- Planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno (por ej. TRICARE, la VA, el Indian Health Service, Programas de Asistencia con Medicamentos para el SIDA); y
- Arreglos con terceras partes con una obligación legal de pagar por los costos de medicamentos recetados (por ej. Seguro de Compensación Laboral por Accidentes de Trabajo).

Si tiene cobertura de una tercera parte como de aquellos listados anteriormente que pagan la totalidad o una parte de sus costos de gastos de bolsillo, usted debe comunicarnos esta información.

Nosotros nos responsabilizaremos de llevar la cuenta de sus costos de gastos de bolsillo y le haremos saber cuando haya calificado para la cobertura catastrófica. Si usted está en un “gap” (vacío de garantía) de cobertura o período de deducible y ha comprado un medicamento cubierto por la Parte D en una farmacia de la red bajo un precio especial o tarjeta de descuento que está fuera del beneficio del Plan, puede presentar la documentación y hacer que cuente para que califique para la cobertura catastrófica. Además, en cada mes que compre medicamentos recetados cubiertos por nosotros, usted recibirá una Explicación de Beneficios que muestra el monto de su costo de los gastos de bolsillo hasta la fecha.

Exclusiones Generales

Introducción

La finalidad de esta parte de la Sección 10 es informarle sobre la atención y servicios médicos, artículos y medicamentos que no están cubiertos (“excluidos”) o están limitados por nuestro Plan. La lista a continuación le informa sobre estas exclusiones y limitaciones. La lista describe los servicios, ítems y medicamentos que no están cubiertos bajo ninguna condición y algunos servicios que sólo están cubiertos bajo ciertas condiciones específicas. (La Tabla de Beneficios anterior también explica sobre algunas restricciones o limitaciones que se aplican a determinados servicios).

Si obtiene servicios, ítems o medicamentos que no están cubiertos, usted mismo debe pagar por ellos

No pagaremos por las exclusiones que están listadas en esta sección (o en cualquier otro lugar en esta Evidencia de Cobertura), y tampoco lo hará el Plan Medicare Original, salvo que por

apelación se resuelva que son servicios, ítems o medicamentos que debemos pagar o cubrir (las apelaciones son tratadas en la Sección 5).

¿Cuáles servicios no están cubiertos o están limitados en nuestro Plan?
Además de otras exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios, o en cualquier otro lugar de esta Evidencia de Cobertura, **los siguientes ítems y servicios no están cubiertos por el Plan Original de Medicare o por el nuestro:**

1. Los servicios que no son razonables y necesarios de acuerdo a los estándares del Plan Original de Medicare, salvo que dichos servicios estén indicados de otra manera por nuestro Plan como un servicio cubierto.
2. Los procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos que sean experimentales o de investigación, salvo que estén cubiertos por el Plan Original de Medicare o salvo que sean para determinados servicios si los procedimientos están cubiertos bajo una prueba clínica aprobada. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) continuarán pagando a través del Medicare Original por ítems y servicios de pruebas clínicas cubiertos bajo la Determinación de Cobertura Nacional de septiembre de 2000 que se brinda a los miembros del plan. Los procedimientos e ítems experimentales son aquellos ítems y procedimientos que nuestro Plan y el Plan Original de Medicare han determinado que no son de aceptación general por la comunidad médica.
3. El tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida que sea médicamente necesario y esté cubierto bajo el Plan Original de Medicare.
4. Una habitación privada en un hospital salvo que sea médicamente necesario.
5. Enfermeras que brindan cuidados privados.
6. Objetos de conveniencia personal, tales como un teléfono o televisión en su habitación en un hospital o en una instalación de enfermería especializada.
7. Cuidados de enfermería a tiempo completo en su hogar.
8. Cuidados de custodia salvo que sean provistos en forma conjunta con cuidados de enfermería especializada y/o servicios de rehabilitación especializados cubiertos. Esto significa cuidados que se brindan para ayudar a las personas con las actividades de la vida diaria, como por ejemplo a caminar, entrar y salir de la cama, bañarse, vestirse, comer y utilizar el baño, preparación de dietas especiales y supervisión de medicamentos que usualmente se auto-administran.
9. Servicios de la persona que se ocupa de la casa.
10. Los cargos impuestos por parientes inmediatos o miembros de su hogar.
11. Las comidas entregadas en su hogar.
12. Los procedimientos, servicios y suministros y medicamentos para mejoría electiva o voluntaria incluyendo entre otros: Pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines cosméticos, anti-envejecimiento y rendimiento mental, salvo que sea médicamente necesario.
13. La cirugía o procedimientos cosméticos salvo que se necesiten debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar el funcionamiento de una parte deforme del organismo. Se cubren todas las etapas de la reconstrucción para un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado, para producir una apariencia simétrica.

14. Los cuidados de un quiropráctico por lo general no están cubiertos bajo el Plan (con excepción de la manipulación manual de la columna vertebral) y están limitados de acuerdo a las normas de Medicare.
15. Los cuidados de rutina de los pies por lo general no están cubiertos bajo el Plan y están limitados de acuerdo a las normas de Medicare.
16. Los zapatos ortopédicos salvo que sean parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Excepción: Los zapatos terapéuticos están cubiertos para las personas que sufren de los pies a causa de la diabetes.
17. Implementos de apoyo para los pies. Excepción: Los zapatos ortopédicos o terapéuticos están cubiertos para las personas que sufren de los pies a causa de la diabetes.
18. Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia de la vista y otras ayudas y servicios para la visión reducida.
19. Medicamentos recetados auto administrados para el tratamiento de la disfunción sexual, incluyendo la disfunción eréctil, impotencia y la anorgasmia o hiporgasmia.
20. Reversión de procedimientos de esterilización, operaciones de cambio de sexo, y suministros e implementos anticonceptivos sin receta médica.
21. La acupuntura.
22. Servicios de un Naturópata.
23. Servicios provistos a los veteranos en las instalaciones de la Administración de Veteranos. Sin embargo, en el caso de servicios de emergencia recibidos en un hospital de veteranos, si el costo compartido del veterano es mayor que el costo compartido requerido bajo nuestro Plan, reembolsaremos a los veteranos por la diferencia. Los miembros siguen siendo responsables por el monto del costo compartido de nuestro Plan.
24. Cualquiera de los servicios indicados anteriormente que no están cubiertos permanecerán sin estar cubiertos incluso si han sido recibidos en una instalación para emergencias. Por ejemplo, las condiciones de rutina que no están autorizadas y que según una persona razonable no están basadas en una emergencia médica no serán cubiertas si se reciben en una instalación de emergencias.

Medicamentos Excluidos

En este segmento de la Sección 10 se presentan los medicamentos que están “excluidos”, es decir, que por lo general no los cubre un plan de medicamentos de Medicare. Si obtiene medicamentos que están excluidos, usted mismo debe pagar por ellos. No pagaremos por las exclusiones que están listadas en esta sección (o en cualquier otro lugar en este Evidencia de Cobertura), ni lo hará el Plan Medicare Original, salvo que por apelación se resuelva que son medicamentos que debimos haber pagado o cubierto (las apelaciones son tratadas en la Sección 5).

- Un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- El Plan de Medicamentos Recetados de Medicare no pueden cubrir la compra de medicamentos fuera de Estados Unidos y sus territorios.

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

- Un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare puede cubrir los usos no indicados en la etiqueta (es decir para otros usos aparte de aquellos indicados en la etiqueta del medicamento según están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos) de un medicamento recetado, solamente en casos donde el uso está respaldado por ciertas menciones en libros de consulta. El Congreso ha hecho una lista específica de los libros de consulta que hacen mención si se debe permitir o no el uso fuera del indicado en la etiqueta. (Estos libros de consulta son: American Hospital Formulary Service Drug Information, sistema de información DRUGDEX, y USPDI o su sucesor). Si uno de estos libros de referencia, conocidos como compendios, no apoya el uso del medicamento, entonces se considerará medicamento excluido de la Parte D y nuestro Plan no lo podrá cubrir.

Además, por ley existen ciertos tipos de medicamentos o categorías de medicamentos que no están cubiertos normalmente por los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare. Estos medicamentos no son considerados medicamentos de la Parte D y se les puede llamar “exclusiones” o “medicamentos que no son de la Parte D”. Estos medicamentos incluyen:

| | |
|---|--|
| Medicamentos no recetados (o medicamentos de venta libre) | Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso, o aumento de peso |
| Medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad | Medicamentos que se utilizan para fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello |
| Los medicamentos que se usan para el alivio de los síntomas de la tos o resfríos | Las vitaminas recetadas y productos minerales, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor |
| Los medicamentos para los pacientes ambulatorios para los que el fabricante busca exigir que se compren exclusivamente del fabricante las pruebas o servicios de supervisión asociados a éstos como una condición de venta. | Barbitúricos y Benzodiazepinas |
| Medicamentos como por ejemplo Viagra, Cialis, Levitra, y Caverject, cuando se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil. | |

Si recibe ayuda adicional, su programa estatal Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que el plan de medicamentos de Medicare por lo general no cubre. Sírvase contactar a su programa estatal de Medicaid para determinar cuál es la cobertura disponible en medicamentos.

Índice

| | |
|--|--|
| AGRAVIO..... | 33, 34, 63, 69, 70, 71 |
| APELACIÓN..... | 36, 43, 44, 46, 48, 50, 52, 53, 55, 61, 69, 70, 71 |
| ÁREA DE SERVICIO..... | 3, 67 |
| ASISTENTE DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN CASA..... | 63, 83 |
| ATENCIÓN COMO PACIENTE INTERNO..... | 64, 78 |
| ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL HOGAR..... | 63, 83 |
| AUTORIZACIÓN PREVIA..... | 11, 20, 67 |
| CENTROS PARA SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID..... | 46, 61, 75 |
| COBERTURA ACREDITADA DE MEDICAMENTOS RECETADOS..... | 8, 62 |
| COBERTURA CATASTRÓFICA..... | 61, 99, 107 |
| COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE..... | 65 |
| COSTOS COMPARTIDOS..... | 13, 61 |
| CUIDADO DE CUSTODIA..... | 62, 111 |
| CUIDADO DE EMERGENCIA..... | 12, 63, 88 |
| CUIDADO DE HOSPICIO..... | 64, 84 |
| CUIDADOS DE NECESIDAD URGENTE..... | 13, 68, 89 |
| DEDUCIBLE..... | 62, 76 |
| DESAFILIACIÓN..... | 59, 62 |
| DETERMINACIÓN DE COBERTURA..... | 18, 37, 62, 69, 70 |
| DETERMINACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN..... | 37, 66, 69 |
| EQUIPO MÉDICO DURABLE..... | 62, 90 |
| EVIDENCIA DE COBERTURA..... | 2, 63 |
| EXCEPCIÓN..... | 17, 18, 20, 37, 40, 63 |
| FARMACIA DE LA RED..... | 22, 65 |
| FARMACIA FUERA DE LA RED..... | 66 |
| FORMULARIO..... | 17, 18, 63 |
| INSTALACIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA..... | 67 |
| LÍMITE DE COBERTURA INICIAL..... | 64, 107 |
| LÍMITES DE CANTIDADES..... | 20, 67 |
| MÉDICAMENTE NECESARIAS..... | 64 |
| MEDICAMENTO DE MARCA..... | 16, 20, 61 |
| MEDICAMENTO GENÉRICO..... | 16, 63 |
| MEDICAMENTOS CUBIERTOS..... | 22, 62 |
| MEDICAMENTOS DE LA PARTE D..... | 66 |
| MEDICAMENTOS GENÉRICOS:..... | 99 |
| MEDICARE..... | 64 |
| MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA..... | 11, 67 |
| MEDIGAP..... | 65 |
| MIEMBRO..... | 2, 65 |
| ORGANIZACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD..... | 35, 51, 67, 72 |
| PARTE C..... | 69, 70, 76 |

Evidencia de Cobertura 2009 (EOC)

| | |
|---|--------------------|
| <i>PARTE D</i> | 4, 36, 66, 70, 71 |
| <i>PENALIDAD POR INSCRIPCIÓN TARDÍA</i> | 7, 64 |
| <i>PERÍODO DE BENEFICIOS</i> | 61, 80 |
| <i>PERÍODO DE COBERTURA INICIAL</i> | 64, 106 |
| <i>PLAN ORIGINAL DE MEDICARE</i> | 66 |
| <i>PROVEEDOR DE LA RED</i> | 4, 10, 28, 65 |
| <i>PROVEEDOR EXTERNO A LA RED</i> | 66 |
| <i>PROVEEDORES QUE NO SON DEL PLAN</i> | 66 |
| <i>SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO</i> | 68 |
| <i>SERVICIOS CUBIERTOS</i> | 10, 28, 62, 76, 77 |
| <i>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN</i> | 67, 89 |
| <i>SERVICIOS PARA MIEMBROS</i> | 14, 65 |
| <i>TERAPIA ESCALONADA</i> | 20, 68 |