

---

# Ésta es la Evidencia de Cobertura (EOC) 2009

## ÍNDICE

1. Introducción.....	2
2. Como obtener atención.....	6
3. Sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro Plan.....	14
4. Como presentar un Agravio.....	19
5. Quejas y apelaciones sobre su(s) servicio(s) y atención médica de la Parte C.....	22
6. Cómo terminar su membresía.....	39
7. Definición de palabras importantes que aparecen en la Evidencia de Cobertura.....	43
8. Números telefónicos y recursos de utilidad.....	48
9. Avisos legales.....	53
10. Cuál es el costo de su Plan de Beneficios Médicos Parte C.....	54
▪ Exclusiones Generales .....	78
Índice .....	80
Otros anexos:	
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 Medicare a través de nuestro Plan, una Sociedad para el Mantenimiento de la Salud (**HMO**, por sus siglas en inglés). Aunque su cobertura de Medicare continuará, además obtendrá atención médica a través de nuestro Plan.

Esta Evidencia de Cobertura conjuntamente con su formulario de inscripción, aditamentos y enmiendas que le enviemos, consiste en nuestro contrato celebrado con usted. En la Evidencia de Cobertura le explicamos sus derechos, beneficios y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Ésta tendrá vigencia del 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2009. Nuestro plan tiene un contrato de renovación anual con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) 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, incluyendo algunas normas que debe seguir.
- Lo que va a tener que pagar por su atención de salud.
- Qué hacer si está descontento sobre algo relativo a la obtención de sus servicios cubiertos.
- Cómo retirarse de nuestro Plan y otras opciones que ofrece Medicare.

Esta sección de la EOC 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 las primas del plan
- Penalidad por inscripción tardía

### **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 o 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, los hospitales y demás utilizan su registro de miembro para saber qué servicios están cubiertos para usted. La Sección 3 le informa 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, debe utilizar nuestra tarjeta de membresía para acceder a los servicios que este plan cubre. Mientras sea miembro de nuestro Plan, no debe utilizar las tarjetas roja, blanca o azul de Medicare para obtener los servicios y artículos 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 e ítems. Si su tarjeta de miembro se daña, se pierde o se la roban llame a Servicios para Miembros 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](http://www.horizonblue.com/medicare)) se encuentra disponible una lista completa de los proveedores de la red.

Debe acudir a los proveedores de nuestra red para acceder a los servicios que cubrimos y pagar los niveles de costos compartidos del plan, a excepción de los servicios de emergencia, de cuidados de necesidad urgente fuera del área o de diálisis también fuera del área. En el cuadro de beneficios de la Sección 10 podrá encontrar más información sobre cobertura fuera de la red.

## Prima mensual de su plan

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. La prima de nuestro Plan es inferior al monto que pagaría si no estuviese inscrito.

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	\$58.40
\$82.001 a \$102.000	\$164.001 a \$204.000	\$84.20
\$102.001 a \$153.000	\$204.001 a \$306.000	\$122.90
\$153.001 a \$205.000	\$306.001 a \$410.000	\$161.70
Más de \$205.000	Más de \$410.000	\$200.40

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

- 2) La prima mensual de la Parte A de Medicare, si es necesario (la mayoría de las personas no tiene que pagar esta prima).

## ¿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 la primera vez que cumpla con los requisitos y acumula un período de 63 días continuos o más sin una cobertura acreditada de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía cuando se inscriba posteriormente en un plan. En el plan de medicamentos de Medicare le diremos 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 multas.

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.

### **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
- 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.

## Información importante

Le enviaremos el Cuestionario para Beneficiarios con Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare para poder saber así qué otra cobertura de salud 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, debe informarnos de ello. Además, si pierde u obtiene cobertura adicional de salud, sírvase llamar a Servicios para Miembros a fin de actualizar sus registros de membresía.

## **2. Cómo obtener atención**

### **Cómo obtener atención**

#### **¿Qué son “proveedores”?**

“Proveedores” es el término que utilizamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales, y otras 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. A 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.

#### **¿Cuánto paga por 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.**

Mientras sea miembro de nuestro Plan, debe utilizar los proveedores de nuestro Plan para obtener sus servicios cubiertos, excepto en circunstancias limitadas, como en emergencias, cuidados de necesidad urgente cuando nuestra red no esté disponible, o para diálisis fuera del área de servicio. Los proveedores que participan en nuestro Plan están incluidos en nuestro directorio de proveedores. Si recibe atenciones que no son de emergencia de un proveedor que no pertenece a nuestro plan (externo a la red) sin contar con autorización previa, deberá pagar todo el costo por su propia cuenta, salvo en casos de servicios urgentes cuando nuestra red no esté disponible o de servicios de diálisis fuera del área. Si un proveedor externo a la red le envía una factura que en su opinión debemos pagar por los servicios de emergencia, sírvase contactar con Servicios para Miembros o envíenos la factura para su pago.

### **Cómo escoger su Médico de Atención Primaria (PCP).**

Cuando se inscribe como miembro de nuestro Plan, usted debe escoger un proveedor del plan de nuestro directorio de proveedores para que sea su PCP. Su PCP es un médico especialista en medicina de familia o medicina interna, que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Tal como explicamos a continuación usted

obtendrá sus cuidados básicos o de rutina por parte de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que obtenga como miembro de nuestro Plan. Por ejemplo, con el fin de ver a un especialista, usualmente se necesita obtener primero la aprobación de su PCP (a esto se denomina obtener una “referencia” para un especialista).

## ¿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 PCP 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 PCP. 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 PCP se retira de nuestro Plan, le informaremos oportunamente y le ayudaremos a escoger a otro PCP.

## Cómo obtener la atención que necesita

Usualmente usted consultará primero a su PCP para la mayoría de sus necesidades rutinarias de atención de la salud. Sólo hay unos cuantos tipos de servicios cubiertos que usted puede obtener por su propia cuenta, sin necesidad de la remisión de su PCP. Todavía tiene que pagar su parte del costo, según corresponda, por estos servicios.

- Atención de salud rutinaria de la mujer, que incluye exámenes de los senos, mamografías (radiografías de los senos), prueba de Papanicolaou y exámenes ginecológicos, siempre y cuando se reciban a través de un proveedor de la red.
- Las vacunas para la gripe y neumonía siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia, ya sea de proveedores del plan o de proveedores que no son del plan.
- Cuidados de necesidad urgente que reciba de proveedores externos a la red cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando esté dentro del área pero, por circunstancias excepcionales o extraordinarias, no se puede acceder o disponer temporalmente de los proveedores de la red.
- Servicios de diálisis (renal) que usted reciba en una instalación de diálisis certificada por Medicare, cuando está temporalmente fuera del área de servicio del Plan. Si es posible, por favor infórmenos antes de salir del área de servicio respecto a dónde va a estar para que podamos ayudarle a hacer los arreglos para que usted reciba la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área de servicio.

Cuando su PCP considere que usted necesita un tratamiento especializado, él o ella le darán una referencia para que consulte a un especialista del plan o a determinados otros proveedores. Si no cuenta con una remisión antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que el pago de tales servicios corran por su cuenta.

---

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).

**Si el especialista desea que regrese para recibir atención adicional, consulte primero para asegurarse que la referencia que obtuvo de su PCP para la primera visita cubre más visitas al especialista.**

Para algunos tipos de servicios, su PCP puede necesitar obtener una aprobación anticipada de nuestro Plan (a esto se le llama obtener una "autorización previa"). Por favor, consulte la Tabla de Beneficios de la Sección 10 para conocer los servicios que requieren autorización previa.

### ¿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. 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 ni de otro proveedor de la red.
- Tan pronto como sea posible, cerciórese de que su PCP está al tanto de su emergencia, ya que debe ser parte del seguimiento de tal atención. Usted o alguien más debe llamar a su PCP e informarle de su atención de emergencia, usualmente dentro de las 48 horas. Sírvase remitirse a su directorio de proveedores para ver los números de teléfono de su PCP o llame a Servicios para Miembros al 1-800-365-2223.

Su PCP hablará con los médicos que le están dando la atención de emergencia para ayudarle 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, 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 en que su condición médica y las circunstancias lo permitan.

### ¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

- Usted puede obtener atención médica de emergencia cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos.
- **Ambulancia** sus servicios están cubiertos en los Estados Unidos en situaciones donde 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 lo que 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 obtiene cuidados adicionales luego que el médico dice que no fue una emergencia médica, el Plan pagará su parte de los cuidados adicionales cubiertos **sólo si los obtiene de un proveedor de la red**. Pagaremos nuestra parte de los cuidados adicionales cubiertos de un proveedor externo a la red si usted está fuera de nuestra área de servicio, siempre y cuando los cuidados adicionales que reciba correspondan a la definición de "cuidados de necesidad urgente" que se brinda a continuación.

## ¿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 en 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 médico que 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 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 que nuestros miembros necesiten y que hacen parte del acuerdo de exenciones de dispositivos de investigación (IDE, por sus siglas en inglés), denominados dispositivos IDE Categoría B.

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](http://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.

---

## **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. Nosotros no discriminamos en base a la raza, incapacidades, religión, sexo, orientación sexual, salud, etnicidad, credo religioso, edad u origen nacional de la persona. 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.

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.

### **Derecho a conocer a los proveedores de la red y a obtener servicios cubiertos dentro de un período de tiempo razonable**

Como se explica en este folleto usted obtendrá la mayoría o la totalidad de sus cuidados de los proveedores de la red, es decir, de los médicos y proveedores de salud que forman parte de nuestro Plan. Usted tiene el derecho a escoger un proveedor de la red (le informaremos cuáles médicos están aceptando nuevos pacientes). Usted tiene el derecho a acudir a un especialista en la salud de la mujer en nuestro Plan (tal como un ginecólogo) sin necesidad de una referencia. 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.

### **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. 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 debe solicitar una decisión inicial a la que se llama una determinación de la organización. Las determinaciones de la organización 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, New Jersey 08816, número de teléfono 1-800-624-4557.

## 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.

## 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 que no hablen 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 nuestros proveedores de la red

Usted tiene derecho a obtener información sobre nuestros 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 la **atención, servicios médicos y costos de la Parte C.**

Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte sobre cualquier atención o servicio médicos de la Parte C que no cubra nuestro Plan. Le debemos informar por escrito del motivo por el cual no pagaremos ni aprobaremos una atención o servicio médico 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 derecho a solicitar esta explicación aun cuando reciba atención o servicios médicos de la Parte C de un proveedor no afiliado a nuestra organización.

## 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 con Servicios para Miembros o contáctese con el funcionario encargado de la privacidad en: 3 Penn Plaza East, PP-16-F, Newark, NJ 07105-2200. También puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles (ver a continuación).

## 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](http://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.
- También puede obtener ayuda de su SHIP, si tiene cualquier otra inquietud o problema relativo a los derechos y protecciones de Medicare que se describen en esta sección.

## 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 seguro de salud 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 de atención de la salud. A esto se le llama "coordinación de beneficios" porque involucra la coordinación de todos los beneficios de salud que están a su disposición.
- **Usted está obligado a informar a nuestro Plan si cuenta con un seguro de salud adicional. 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 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 su coseguro o copago 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 cuidados o servicios médicos de la Parte C, problemas sobre ser dado de alta del hospital demasiado pronto, ni 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 que usted desea, considera que está siendo dado de alta del hospital o SNF demasiado pronto, o si 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”. Estas decisiones y apelaciones rápidas se abordan 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.
- 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 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), que aparece en la Sección 8. Trataremos de resolver su queja por teléfono. Si solicita una respuesta escrita o presenta un agravio por escrito o su queja está relacionada con la calidad de la atención médica, también 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.

### Agravios con respuesta rápida

En ciertos casos, usted tiene el derecho de solicitar un "agravio rápido", lo que significa que responderemos a su agravio dentro de las 24 horas. En la Sección 5 están las situaciones en las que puede solicitar una respuesta rápida a su agravio.

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 el proceso de agravios, o puede presentarlas a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), 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) Servicio(s) y Atención Médica de la Parte C**

### **Introducción**

En esta sección se explica cómo se solicita la cobertura de la atención o el (los) servicio(s) médicos o de los pagos de la Parte C 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 las Partes 1, 2 o 3 se consideran **agravios**. Puede presentar un agravio por cualquier problema diferente de la cobertura de la atención o servicios médicos de la Parte C, que tenga contra nosotros o uno de nuestros proveedores de red. Para obtener mayor información acerca de los agravios, consulte la [Sección 4](#).

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

**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 atención o servicios médicos o de pagos**

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

Si tiene problemas en recibir atención, servicios médicos de la Parte C, o en el pago por una atención o servicio médico que haya recibido, debe solicitar con el plan una determinación inicial.

#### **Determinaciones iniciales**

Nuestras determinaciones iniciales son el punto de partida para atender sus solicitudes sobre la cobertura de atención o servicios médicos que necesite de la Parte C, o sobre el pago de una atención o servicio médico que haya recibido. Las decisiones iniciales sobre la atención o los servicios médicos de la Parte C se denominan **determinaciones de la organización**. A partir de esta decisión, le diremos si vamos a suministrar la atención o servicio de la Parte C que está solicitando, o si pagaremos la atención o servicio de la Parte C que recibió.

Éstos son ejemplos de solicitudes de determinaciones iniciales:

- 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.

### ¿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, un intercesor, su médico o a cualquier otra persona. Otras personas ya pueden estar autorizadas bajo la ley del Estado para actuar por usted. 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 desea mayor información sobre cómo designar a su representante, puede comunicarse con Servicios para Miembros.

También tiene el derecho a tener un abogado que le represente. 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 una atención o servicio de la Parte C que usted solicite pueden ser decisiones "estándar" que se toman en un tiempo 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 sobre la atención o los servicios médicos de la Parte C, usted, su médico o su representante deben enviar un fax o escribirnos a los números o a la dirección que aparecen en la lista **Determinaciones de la Organización de la Parte C** (para apelaciones sobre atención o servicios médicos de la Parte C) que aparece en 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 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 o enviando un fax a los números o escribiéndonos a la dirección que aparece en la lista titulada **Determinaciones de la Organización sobre la Parte C** (para apelaciones sobre la atención o los servicios de la Parte C) que está en 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 interponer un “agravio rápido”. Usted tiene derecho a presentar un agravio rápido si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar 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?

- 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 unas cuantas decisiones pueden 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 haya 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 haya 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 extendido), tiene derecho a 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?

- 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 haya 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 haya 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. Una apelación al plan sobre atención o servicios de la Parte C también se denomina "**reconsideración**". Cuando recibimos su solicitud de revisión de la determinación inicial, se la damos a las personas de nuestra organización que no toman parte en las determinaciones iniciales. Esto ayuda a asegurar que daremos una mirada fresca a su solicitud.

## ¿Quién puede presentar su apelación de la determinación inicial?

Si está apelando una decisión inicial sobre la atención o los servicios de la Parte C, las reglas sobre quién puede presentar una apelación son las mismas relacionadas con 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 una atención o servicio de la parte C, debe enviar su solicitud de apelación por escrito y firmada a la dirección que aparece en la lista **Apelaciones Parte C** (para apelaciones sobre atención o servicios médicos de la Parte C) que está en la Sección 8.

### 2. Solicitud de una decisión rápida

Si usted está apelando una decisión que hemos tomado sobre suministrarle 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 C** (para apelaciones sobre la atención o los servicios 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. Tiene derecho a obtener e incluir información adicional como parte de su apelación. Por ejemplo, es posible que ya tenga documentos relacionados con su solicitud o que quiera obtener los registros o la opinión de su médico para que le ayuden a respaldar su solicitud. Para obtener la información es posible que necesite presentar al médico una solicitud por escrito.

Puede suministrarnos información adicional para respaldar su apelación llamando o enviándonos un fax a los números o escribiéndonos a la dirección que aparece en la lista **Apelaciones Parte C** (para apelaciones sobre atención o servicios médicos de la Parte C) que está en la [Sección 8](#).

También puede entregar información adicional en persona a la dirección listada bajo **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. Nos puede llamar o escribir al número de teléfono o a la dirección listada bajo **Apelaciones de la Parte C** (para las apelaciones sobre atención o servicios médicos de la Parte C) en la [Sección 8](#).

## ¿Qué tan pronto debemos decidir sobre su apelación?

- Decisión sobre el pagó 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 haya 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?

- 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 haya 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 haya 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 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.

- 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 haya recibido.

Estamos en la obligación de autorizar en 72 horas la atención o servicio de la Parte C que solicitó, o suministrarlo en 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 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 de 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 de la atención o servicio solicitado 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 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 de 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 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 Tribunal Federal 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 expone 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 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 recibamos 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 la QIO revise su alta del hospital

Debe contactar de inmediato con la QIO. El Mensaje Importante de Medicare incluye el nombre y número de teléfono de la QIO y le informa qué hacer.

- Debe solicitar a la QIO una “**revisión rápida**” de su alta del hospital. Esta “revisión rápida” también se conoce como una “revisión inmediata”.
- Debe solicitar una revisión de la QIO a más tardar en la fecha en que está programado para ser dado de alta del hospital. **Si cumple con este plazo límite, se le permitirá**

**quedarse en el hospital después de su fecha de alta sin que pague por ello mientras espera recibir la decisión de Healthcare Quality Strategies, Inc.**

- La QIO revisará su información médica provista por nosotros y el hospital.
- 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/>.
- La QIO 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 sucede si la QIO 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 sucede si la QIO está de acuerdo con darle de alta?

Usted no será responsable de pagar los cargos del hospital hasta el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO 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 la QIO 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 la QIO 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. 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 la QIO le informase su primera decisión.

### ¿Qué ocurre si apela la decisión de la QIO?

La QIO 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 la QIO 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 la QIO 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 sucede si no solicita la revisión a la QIO antes de la fecha límite?

Si usted no le solicita a la QIO 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 en un plazo de 24 horas (IRE). 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 la QIO 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 la Organización para el Mejoramiento de la Salud (QIO) que haga una revisión independiente de si es médicamente apropiado terminar la cobertura de sus servicios.

## ¿Qué tan pronto tiene que solicitar a la QIO que efectúe la revisión?

Debe contactar de inmediato con la QIO. El aviso escrito que obtenga de su proveedor incluye el nombre y número de teléfono de la QIO y le informa qué hacer.

- Si recibe el aviso 2 días antes de que termine su cobertura, usted debe contactar con la QIO a más tardar a las 12:00 p.m. del día después de recibir 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 sucede durante la revisión de la QIO?

La QIO le preguntará por qué cree que debe continuar la cobertura de sus servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si lo desea. La QIO también revisará su información médica, hablará con su médico y evaluará la información que le hemos brindado. 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/>.

La QIO tomará una decisión en el plazo de un día completo después de recibir toda la información que necesita.

## ¿Qué sucede si la QIO 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 la QIO 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 la QIO 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.

### ¿Qué ocurre si apela la decisión de la QIO?

La QIO 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 la QIO 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 la QIO 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 la revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC), o de 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 sucede si no solicita la revisión a la QIO antes de la fecha límite?

Si no solicita a la QIO una revisión rápida en el plazo límite, nos puede pedir una apelación rápida, tema 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 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 quiere inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage**, simplemente ingrese al nuevo plan. Será desafiliado de nuestro plan cuando la cobertura de su nuevo plan comience a partir del 1 de enero.
- **Si quiere 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 desafiliado de nuestro plan automáticamente cuando la nueva cobertura comience a partir del 1 de enero.
- **Si quiere 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 desafiliación. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar su desafiliación 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.

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>Medicare Advantage (MA) Inscripciones de Otoño</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</p> <p>Ejemplos: Si está en un plan MA que no tiene cobertura de medicamentos recetados, puede cambiarse a otro plan de Medicare Advantage que no ofrezca cobertura de medicamentos o lo lleve al Plan Original de Medicare. Original 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>Cada año, del 1 de enero al 31 de marzo</p>	<p>El primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de inscripción a nuestro plan</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>Períodos Especiales de Inscripción para excepciones especiales limitadas, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha cambiado de residencia</li> <li>• Tener Medicaid.</li> <li>• Cumplir con los requisitos para recibir ayuda adicional con medicamentos recetados de Medicare.</li> <li>• Vivir en instituciones como hogares de reposo.</li> </ul>	Según la excepción.	<p>Generalmente, el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud</p> <p>de inscripción en nuestro plan</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](http://www.medicare.gov); en “Herramientas de Búsqueda”, seleccione “Buscar una Publicación de Medicare”.

**Hasta que termine su membresía, usted debe seguir obteniendo sus 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 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, nuestro Plan, por lo general, le brindará cobertura hasta que sea dado de alta. Si desea más información, comuníquese con Servicios para Miembros y ayúdenos a coordinar su nuevo plan.

**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.
- 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.

### 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 una decisión para denegarle una solicitud por servicios de atención de la salud o por el pago por servicios que usted ya ha 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 artículo 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 la 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 se considera un paciente interno que debe estar en una 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.

**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 servicios. Incluye cualquier combinación de los tres tipos de pagos siguientes: (1) todo monto del deducible que un plan pueda estipular antes que los servicios sean cubiertos; (2) toda cantidad de "copago" fija que un plan pueda requerir que sea pagada cuando se reciben servicios específicos; o (3) todo monto de "coseguro" que debe ser pagado como un porcentaje del monto total pagado por un servicio.

**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.

**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 que recibe antes que nuestro Plan comience a pagar su parte de los servicios 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 (EOC) 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.

**Agravio** – Un tipo de reclamo que usted hace sobre nosotros o uno de nuestros proveedores 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, 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](http://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.

**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).

**Plan Medicare Advantage (MA)** – Llamado en ocasiones Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que hace contratos con Medicare para proporcionarle 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 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 de 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.

**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. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

**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.

**Parte C – véase “Plan Medicare Advantage” (MA)**

**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** – La aprobación por adelantado para obtener servicios. Algunos servicios son cubiertos sólo si su médico u otro proveedor de la red obtiene “autorización previa” de

---

nuestro Plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios de la Sección 10.

**Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)** – Grupos de médicos y otros profesionales de la salud que el gobierno federal remunera para verificar y mejorar la atención 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 del lenguaje, y terapia ocupacional.

**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.

**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: lunes a miércoles y viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Jueves de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

**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/medicaremedicare](http://www.horizonblue.com/medicaremedicare)

### **Información de Contacto para Agravios, Determinaciones de la Organización y Apelaciones**

#### **Determinaciones de la Organización sobre la 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 Medicare Blue Value, 3 Penn Plaza East, PP-02P, Newark, New Jersey 07105-2200

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 Medicare Blue Value, 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 Medicare Blue Value, 3 Penn Plaza East, PP-02P, Newark, New Jersey 07105-2200

---

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

## Otros contactos importantes

A continuación está la lista de otros contactos importantes. Si desea la información de contacto más actualizada, consulte su manual *Medicare & usted*, visite [www.medicare.gov](http://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, por sus siglas en inglés)

El SHIP 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 SHIP 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 SHIP 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 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud en 807 West State Street, Trenton, New Jersey, 08618; número de teléfono: 1-800-792-8820. Usted también puede encontrar el sitio Web del SHIP en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). Bajo “Herramientas de Búsqueda” seleccione “Números Telefónicos y Sitios Web Útiles”.

## Healthcare Quality Strategies, Inc.

“QIO” corresponde a las siglas en inglés de la Organización de Mejoramiento de Calidad. La QIO 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 agravios.

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 personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedades renales en fase terminal (por lo general, quienes padecen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o 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](http://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, en 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](http://www.ssa.gov) en la Internet.

## **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](http://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 resida.

### **Aviso sobre la no discriminación**

Nosotros no discriminamos en base a la raza, incapacidades, religión, sexo, orientación sexual, salud, etnicidad, credo religioso, edad u origen nacional de la persona. Todas las organizaciones que brindan Planes Medicare Advantage, 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 y servicios de Horizon Medicare Blue Value pueden postergarse o considerarse impracticables debido a circunstancias que no estén bajo el control de Horizon Healthcare of New Jersey, Inc., o de los proveedores 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 u otras causas similares. En este caso, ni Horizon Healthcare of New Jersey, Inc., ni otro proveedor 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**

### **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 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.

#### **¿Cuánto paga por los servicios cubiertos?**

Los copagos y coseguros son los montos que usted paga por 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.
- **“Co-seguro”** 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 los servicios de atención de la salud cubiertos. Una vez que el monto total pagado por copagos y coseguros llega a los \$10,000, 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 aviso de previa autorización en negrita. Asimismo, estos servicios, que no están en la Tabla de Beneficios, requieren autorización previa:
  - Instituciones Religiosas No Médicas de Atención de la Salud (RNHCI)
  - 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. Si lo remiten a una entidad fuera de su comunidad para realizarse un trasplante, organizaremos o pagaremos los costos adecuados de hospedaje y transporte para usted y un acompañante.
- Sangre, incluyendo almacenamiento y

Usted paga

\$150 de copago por día durante los días 1 al 10.

\$1500 de pago en efectivo como límite por cada estadía

No se aplica ningún copago adicional si es readmitido en un plazo de 3 días.

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

administración. Cobertura de la sangre total y los glóbulos rojos empaquetados se inicia con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta (0.47 L).

- Servicios del Médico.

**Excepto en casos de emergencia, su proveedor debe contar con autorización previa.**

### 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 de por vida de 190 días como paciente interno por los servicios de salud mental como paciente interno obtenidos en un hospital psiquiátrico. 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.

**A excepción de casos de emergencia, se debe obtener una autorización previa para la atención de salud mental como paciente interno 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, 24 horas al día, 7 días a la semana, para emergencias, etc.

Usted paga \$150 de copago por día durante los días 1 al 10.

\$1,500 de pago en efectivo como límite por cada estadía

No se aplica ningún copago adicional si es readmitido en un plazo de 3 días.

### Atención en una instalación de enfermería especializada (SNF)

Este beneficio está limitado a un máximo de 100 días por período de beneficios. No se requiere de una estadía anterior en un hospital. La atención debe proporcionarla una instalación de enfermería especializada certificada por Medicare. No está cubierto el cuidado de custodia o domiciliario en instalaciones de enfermería especializada

Entre los servicios cubiertos están:

Usted paga \$0 de Copago por día para los días 1 al 15.

Usted paga \$85 de Copago por día para los días 16 al 30.

Usted paga \$110 de Copago para los días 31 al 100.

## Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

- Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente 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. Todos los otros componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta (0.47 L).
- Instrumentos médicos y quirúrgicos que los SNF comúnmente proporcionen.
- Exámenes de laboratorio que los SNF proporcionen comúnmente.
- Radiografías y otros servicios radiológicos que los SNF proporcionen comúnmente.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que los SNF comúnmente proporcionen.
- Servicios del Médico.

Por lo general, usted obtendrá su atención de una SNF en las instalaciones del plan. Sin embargo, bajo ciertas condiciones enumeradas a continuación, puede pagar el costo compartido dentro de la red por instalaciones que no son proveedores del plan, 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 los servicios en una Instalación de Enfermería Especializada (SNF).**

---

## Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

Los servicios como paciente interno cuando no se cubra o no se cubra más su hospitalización o estadía en una SNF.

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

Entre los servicios cubiertos están:

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

- 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.

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

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

## Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

### Agencia de atención de la salud en el hogar

Usted paga \$35 de Copago por cada visita de 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.

**Su proveedor debe obtener una autorización previa para los servicios posteriores al examen inicial.**

### Cuidado 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.

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.

Servicios de consulta:  
Usted paga \$15 de Copago por visita a su PCP.

Usted paga \$35 de Copago por visita a 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.
- 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).

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

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

Totalmente cubierto.  
Puede aplicar el copago si la consulta ocurre al momento de la visita

#### Servicios quiroprácticos

Entre los servicios cubiertos están:

- Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación.

Usted paga \$35 de Copago por visita.

## 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.

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

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

**Se requiere de una remisión salvo que se lleve a cabo en el consultorio de su PCP.**

### 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.

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

Hospitalización Parcial:  
Usted paga \$125 de Copago.

**Excepto en una emergencia, debe obtenerse 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, 24 horas al día, 7 días a 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, debe obtenerse autorización previa de Magellan Behavioral Health of New Jersey, LLC.**

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

Hospitalización Parcial:  
 Usted paga \$125 de Copago.

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, 24 horas al día, 7 días a la semana, para emergencias, etc.

**Cirugía ambulatoria (que incluye los servicios en centros de cirugía ambulatoria).**  
**Se requiere una referencia.**

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

**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 autorización previa.**

Usted paga \$125 de Copago por visita (hospital ambulatorio)

**También se requiere autorización previa para cirugías ambulatorias fuera de la red.**

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

## 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 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.

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

Usted paga \$150 de copago por cada viaje en ambulancia.

### Cuidados de emergencia

Esta cobertura es a nivel mundial.

Usted paga \$50 de Copago por 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 autorizar tal atención 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

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

Usted paga \$35 de Copago por visita a un 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.)

### Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios

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

Usted paga \$35 de Copago por visita.

### **Su proveedor debe obtener una autorización previa para los servicios de terapia física y terapia ocupacional.**

### 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.)

Usted paga 20% de Coseguro.

**Se requiere autorización previa de Horizon Healthcare of New Jersey para una compra superior a \$500 en todos los artículos y para los que se alquilen.**

---

**Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos**

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

**Aparatos prostéticos y suministros**

Usted paga 20% de Coseguro.

**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 la extirpación de cataratas o cirugía de cataratas, consulte “Atención de la Vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.

**Se requiere autorización previa de Horizon Healthcare of New Jersey para una compra superior a \$500 en todos los artículos.**

---

## 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.

Totalmente cubierto.

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

**Se debe obtener autorización previa de Horizon Healthcare of New Jersey, Inc., para artículos con un valor superior a \$500.**

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

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

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

## 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 – La cobertura empieza con la primera pinta de sangre que necesite. La cobertura por almacenamiento y administración empieza con la primera pinta de sangre que necesite.
- Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios

**Se requiere una remisión para servicios terapéuticos y radiografías.**

**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) de CareCore National, LLC, 1-866-496-6200.**

**Su proveedor debe obtener una autorización previa para los servicios de radioterapia.**

Usted paga \$0 de Copago por visita 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.

## 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. Medicare solamente cubre este examen si cuenta con una remisión como resultado de su examen físico de "Bienvenida a Medicare".

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

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

**Este servicio requiere una remisión, salvo que se lleve a cabo en el consultorio de su PCP.**

#### 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.

Totalmente cubierto.

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

## 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.

**Se requiere de una referencia salvo que se lleve a cabo en el consultorio de su PCP.**

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 independiente para pacientes ambulatorios 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.

### 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.

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

Usted paga \$15 de copago por la vacuna contra la Hepatitis B y otras vacunas.

Se puede aplicar un copago si la visita o consulta en el consultorio se realiza en el momento de la inmunización

## 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 una receta de su PCP o de su OB/GIN para una mamografía de rutina.**

**Se requiere una referencia y una receta de su PCP o de su OB/GIN para una mamografía que no es de rutina.**

Está completamente cubierta para una mamografía de rutina que se obtiene en un centro de imágenes independiente del plan o un consultorio de radiología del plan.

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.

### 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.

Totalmente cubierto.

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

### 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).

Totalmente cubierto.

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

## 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 anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular). Frecuencia de pruebas según sea médicamente necesario.

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

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

### Exámenes físicos

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

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

## Otros Servicios

### Diálisis (renal) y servicios de laboratorio relacionados

Completamente Cubierto

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 ayudarle en caso de emergencias, y para revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua).

**Se requiere una remisión para estos servicios.**

### Medicamentos Recetados de Medicare Parte B

Completamente Cubierto

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

## Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

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.
- 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.**

---

---

**Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos**

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

**Beneficios Adicionales****Servicios dentales preventivos**

Completamente Cubierto

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)

**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, NJ 07101-1938.**

---

## Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

### Servicios auditivos

- **Exámenes de Diagnóstico de la Audición**

Usted no necesita obtener una referencia por este servicio cuando va a HEARx, una compañía HearUSA, para este examen. Si va a un proveedor del plan aparte de HearUSA para este examen, usted debe obtener una referencia de su PCP.

Examen diagnóstico de la audición  
Usted paga \$15/\$35 de copago por el examen auditivo de diagnóstico.

Examen Auditivo de Rutina  
Usted paga \$15/\$35 de copago por el examen auditivo de rutina.

- **Examen Auditivo de Rutina**

Está cubierto un examen auditivo anual de rutina. Una evaluación de ajuste una vez cada tres años está cubierta por completo.

Audífonos (compra y reparación)  
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 HearUSA o de un audiólogo participante.

- **Audífonos**

Si usted utiliza un audiólogo participante de HearUSA 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 Horizon Medicare Blue Value.

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 escoja un audiólogo participante para recibir este servicio.

Se le reembolsará un máximo de \$750 por el período de tres años mientras sea un miembro de Horizon Medicare Blue Value. Para obtener su reembolso debe presentar su factura pagada a Horizon Healthcare of New Jersey, Inc.

### Cuidados de la vista

Los servicios cubiertos incluyen entre otros los siguientes:

- Servicios médicos de consulta externa para el

Examen de la Vista de Rutina:  
Usted paga \$15/\$35 de copago por el examen de la vista de rutina.

## Tabla de beneficios – sus servicios cubiertos

Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios cubiertos

- 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.

Examen diagnóstico de la vista:  
Paga un copago de \$15 o \$35 para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades y afecciones oculares

Hardware:  
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.

**Se requiere de una referencia para los servicios mencionados.**

## 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 Educativos 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.

## **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 que están limitados por nuestro Plan. La lista a continuación le informa sobre estas exclusiones y limitaciones. La lista describe los servicios e ítems 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 que no están cubiertos, usted mismo debe pagar por ellos**

No pagaremos por las exclusiones que se enumeran en esta sección (o en cualquier otro lugar de esta Evidencia de Cobertura), ni lo hará el Plan Medicare Original, salvo que por apelación se resuelva que son servicios o artículos que debimos haber pagado o cubierto (las apelaciones son tema de 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 artículos 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 salvo 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 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, suministros y medicamentos para el mejoramiento optativo o voluntario que incluye, entre otros, pérdida de peso, crecimiento del cabello, actividad sexual, rendimiento deportivo, de fines estéticos, antienvejecimiento y actividad mental, a menos que sean necesarios a nivel médico.
  13. La cirugía o los procedimientos cosméticos, salvo que se necesiten debido a una lesión accidental o para mejorar la funcionalidad de una parte con malformaciones. 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.

## Índice

Agravio	1, 17, 19, 44, 46, 48, 49, 50
Apelación	1, 22, 26, 43, 48, 49
Área de Servicio	2, 3, 6, 7, 10, 47, 72
Atención de Emergencia	9, 10
Atención de la Salud en el Hogar	44, 60
Autorización Previa	8, 47, 55
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid	2, 28, 43, 53
Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare	45
Costos Compartidos	4, 43, 56, 64, 79
Cuidado de Custodia	43, 57, 78
Cuidado de Hospicio	45, 60
Cuidados de Emergencia	6, 44, 64
Cuidados de Necesidad Urgente	6, 7, 10, 11, 47, 65
Deducible	33, 44
Desafiliación	19, 39, 42, 44
Determinación de la Organización	11, 15, 23, 24, 33, 46, 48
Enfermería Especializada	13, 19, 22, 43, 47
Equipos Médicos Durables	44, 65, 72
Evidencia de Cobertura	1, 2, 44, 53
Medicamento Necesario	11, 43, 45, 55, 56, 64, 67, 69, 72, 78
Medicare	7, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52
Médico de Atención Primaria	3, 6, 46
Medigap	45, 50
Miembro	46, 48, 52, 54, 60, 62, 64, 79
Organización para el Mejoramiento de la Calidad	21, 47, 50
Parte C	1, 17, 19, 22, 46, 48, 54
PCP	7, 8, 69
Período de Beneficio	43, 57
Plan Medicare Advantage	50
Plan Original de Medicare	12, 39, 60, 72, 78
Proveedor de la Red	7, 12, 15, 16, 22, 46
Proveedor Externo a la Red	6, 10, 16, 46, 60
Proveedores que no son del Plan	7
Seguridad del Ingreso Suplementario	47
Servicios Cubiertos	3, 6, 7, 43, 54, 55, 56
Servicios de Medicare y Medicaid	46
Servicios de Rehabilitación	47, 65, 78
Servicios para Miembros	3, 4, 5, 8, 9, 11