

lucky



2009 ESPAÑOL **Evidence of Coverage** OHIO

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura de fármacos recetados de Medicare como miembro de Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM

Esta carta le proporciona los detalles acerca de su cobertura de salud y de fármacos recetados de Medicare desde el 1º de enero hasta el 31 de diciembre de 2009 y le explica cómo puede recibir la atención médica y los fármacos recetados que necesita. Esta carta es un documento legal importante. Guárdela en un lugar seguro.

Servicios para Miembros de Gateway Health Plan[®] Medicare AssuredSM:

Para obtener ayuda o información, comuníquese con Servicios para Miembros o ingrese al sitio Web de nuestro plan en www.gatewayhealthplan.com

1-888-447-4505 (Las llamadas a estos números son sin cargo) Los usuarios de teléfono de texto TTY/TDD deben llamar al: 1-800-654-5988

Horarios de atención:

De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

Este plan pertenece a Gateway Health Plan[®], se denomina en toda la EOC “nosotros” o “nuestro”. *Medicare Assured*SM se denomina el “Plan” o “nuestro Plan”. Nuestra organización tiene un contrato con el gobierno federal.

Esta información se encuentra disponible en un formato diferente, incluso en inglés. Si necesita información del plan en otro formato o idioma, comuníquese con Servicios para Miembros al número que se indica anteriormente.

Ésta es su Prueba de Cobertura (EOC) 2009

Tabla de contenidos

1. Introducción	2
2. Cómo recibir atención y fármacos recetados	9
3. Sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro Plan.....	28
4. Cómo presentar un reclamo	34
5. Reclamos y apelaciones acerca de los fármacos recetados de la Parte D y/o atención o servicios médicos de la Parte C.....	38
6. Cómo dar de baja su inscripción.....	59
7. Definiciones de palabras importantes que se utilizan en la EOC	63
8. Números de teléfonos y recursos útiles	70
9. Notas legales	76
10. Cuánto debe pagar por sus beneficios médicos de la Parte C y/o fármacos recetados	77
Índice.....	104

1. Introducción

¡Gracias por ser miembro de nuestro Plan!

Ésta es su Prueba de Cobertura, que explica cómo recibir atención médica de Medicare y la cobertura de fármacos a través de nuestro Plan, un Plan de Necesidades Especiales para personas con cobertura de Medicare Parte A, Medicare Parte B y Medicaid. Usted aún tiene cobertura de Medicare, pero recibe atención médica y la cobertura de fármacos recetados a través de nuestro Plan.

Esta Prueba de Cobertura, junto con su formulario de inscripción, los anexos, el vademécum y las enmiendas que le enviemos, forman parte de nuestro contrato con usted. Este documento explica sus derechos, beneficios y responsabilidades como miembro de nuestro Plan, y tiene vigencia a partir del 1° de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2009. El contrato de nuestro Plan con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) se renueva anualmente, por lo que no se garantiza la disponibilidad de la cobertura después de la finalización del año del contrato actual.

Esta Prueba de Cobertura contiene información sobre:

- Qué cubre y qué no cubre nuestro Plan.
- Cómo obtener la atención médica y las recetas que necesita, y algunas de las reglas que debe seguir.
- Qué tendrá que pagar por su atención médica y recetas.
- Qué debe hacer si no está conforme con algún aspecto relacionado con la cobertura de los servicios o recetas.
- Cómo darse de baja de nuestro Plan, y otras opciones de Medicare disponibles, incluidas las opciones para continuar la cobertura de fármacos recetados de Medicare.

Esta sección de la EOC contiene información importante sobre:

- Requisitos.
- El área geográfica de servicio de nuestro Plan.
- Mantener actualizado el registro de inscripción.
- Materiales que recibirá de nuestro Plan.
- El pago de las primas del plan.
- Sanción por inscripción tardía.
- Ayuda adicional disponible de Medicare para pagar los costos del plan.

Requisitos

Para ser miembro de nuestro Plan, debe vivir en nuestra área de servicio, reunir los requisitos para recibir los beneficios de Medicare Parte A y estar inscrito en Medicare Parte B. Si actualmente paga una prima de Medicare Parte A y/o Parte B, debe continuar pagándola para mantener su plan de Medicare Parte A y/o Medicare Parte B y permanecer como miembro de este Plan.

Si después de inscribirse en nuestro plan, necesita atención en un hospicio o desarrolla una enfermedad renal en etapa terminal, puede permanecer como miembro de nuestro Plan. Sin embargo, si ya no cumple con las condiciones de aptitud, debemos darlo de baja, según se describe en la [Sección 6](#).

Requisitos especiales para este Plan

Nuestro Plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que pueden tener Medicare y Medicaid. Si ya no cumple con los requisitos especiales de nuestro Plan, su inscripción finalizará después de 90 días. Recibirá una nota de nuestra parte donde le informaremos la baja de su inscripción y las opciones que tiene. Si tiene alguna pregunta sobre su aptitud, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

El área geográfica de servicio de nuestro Plan.

A continuación se enumeran los condados que conforman nuestra área de cobertura.

Ashtabula	Lake	Portage
Colombiana	Lorain	Stara
Cuyahoga	Mahoning	Summit
Geauga	Medina	Trumbull

¿Cómo actualizo mis registros de inscripción?

Tenemos un registro de inscripción sobre usted. El registro tiene información de su formulario de inscripción, que incluye su domicilio y su número de teléfono. Muestra cuál es la cobertura específica de su Plan, incluso el proveedor primario de cuidados médicos (PCP) que eligió, y otra información. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red utilizan este registro de inscripción para saber qué servicios o fármacos incluye su cobertura. En la [Sección 3](#) explicamos cómo protegemos la privacidad de la información personal sobre su salud.

Ayúdenos a mantener su registro de inscripción actualizado. Para esto comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros si hay algún cambio en su nombre, domicilio o número de teléfono o si ingresa en un centro de enfermería. También comuníquese todo cambio en la cobertura de seguro de salud que posee de otras procedencias, como de su empleador, el empleador de su cónyuge, una compensación laboral, Medicaid o demandas de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.

Materiales que recibirá de nuestro Plan

Tarjeta de inscripción al Plan

Mientras sea miembro de nuestro Plan, debe utilizar nuestra tarjeta de inscripción para los servicios cubiertos por este plan y la cobertura de los fármacos recetados en las farmacias de la red. No debe utilizar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir atención, artículos o fármacos. Conserve esa tarjeta de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite más adelante. Si utiliza la tarjeta de Medicare para recibir servicios cubiertos en lugar de nuestra tarjeta de inscripción mientras es miembro del plan, el programa Medicare no pagará estos servicios y es posible que usted deba pagar el costo total de estos.

Lleve siempre su tarjeta de inscripción y recuerde mostrarla para obtener atención, artículos y fármacos. Si su tarjeta de inscripción se daña, se pierde o se la roban, llame sin demoras al Departamento de Servicios para Miembros y le enviaremos una nueva. En la Sección 10, le presentamos una tarjeta de ejemplo para que la conozca.

El directorio de proveedores contiene un listado de los proveedores de la red.

Cada año, mientras sea miembro de nuestro Plan, le enviaremos un directorio de proveedores o una actualización de éste, que contiene la lista de los proveedores de nuestra red. Si no tiene el directorio de proveedores, puede solicitar una copia en el Departamento de Servicios para Miembros. La lista completa de los proveedores del Plan está disponible en www.gatewayhealthplan.com. Puede solicitar más información sobre los proveedores de la red en el Departamento de Servicios para Miembros, incluidos los títulos.

Debe utilizar los proveedores de la red para recibir la atención cubierta por nuestro Plan con los niveles de costos compartidos, salvo en casos de emergencias, para recibir atención de urgencia fuera del área o servicios de diálisis fuera del área. Para obtener información más específica sobre la cobertura fuera de la red, consulte la tabla de beneficios en la Sección 10.

El directorio de proveedores contiene una lista de farmacias de la red adheridas al Plan.

Como miembro de nuestro Plan, le enviaremos un directorio de proveedores completo, con una lista de las farmacias de nuestra red, por lo menos cada tres años y una actualización todos los años que no enviemos el directorio completo. Puede usarlo para encontrar la farmacia de la red más cercana. Si no tiene el directorio de proveedores, puede solicitar una copia en el Departamento de Servicios para Miembros. También podemos ofrecerle información actualizada sobre los cambios de las farmacias de la red de este Plan, que pueden cambiar a lo largo del año. Además, puede consulta esta información en nuestro sitio Web www.gatewayhealthplan.com.

Explicación de beneficios Parte D

¿Qué es la Explicación de beneficios?

La Explicación de beneficios (EOB) es un documento que recibirá todos los meses que use la cobertura de fármacos recetados Parte D. Le indicará el monto total que ha gastado en fármacos recetados y el monto total que hemos pagado por ellos. También puede solicitarla. Para obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

¿Qué información incluye la Explicación de beneficios?

La Explicación de beneficios tendrá la siguiente información:

- Una lista de las recetas que ha solicitado durante el mes, así como también el monto pagado por cada una.
- Información sobre cómo solicitar una excepción y cómo apelar las decisiones de cobertura.
- Una descripción de los cambios en el vademécum que se producirán en los próximos 60 días como mínimo y que afectarán las recetas que ha solicitado.
- Un resumen de su cobertura anual, que incluye información sobre:
 - **El monto pagado por recetas:** el monto pagado que se sumará para calcular su límite de cobertura inicial.
 - **Costos de desembolso totales que se suman para alcanzar la cobertura catastrófica:** el monto total que usted y/u otros han gastado en fármacos recetados que le permitirán alcanzar la cobertura catastrófica. Este total incluye los montos pagados por sus deducibles, copagos y pagos realizados por los fármacos cubiertos de la Parte D después de haber alcanzado el límite de cobertura inicial. (Este monto no incluye los pagos realizados por su empleador o sindicato actual o anterior, por otros planes o pólizas de seguro, un programa de salud gubernamental o terceras partes excluidas).

Su prima mensual del plan

El monto mensual de la prima descrita en esta sección no incluye las sanciones por inscripción tardía que podría tener que pagar (para obtener más información, consulte más adelante el título “¿Qué es la sanción por inscripción tardía del plan de fármacos recetados de Medicare?”).

Como miembro de nuestro Plan, debe pagar:

- 1) La prima mensual de Medicare Parte B. La mayoría de las personas pagan el monto estándar de la prima, que es de \$96.40 para el año 2009. (La prima de la Parte B generalmente se deduce del pago del Seguro Social). (Si recibe beneficios del programa Medicaid de su estado, es posible que se le pague la totalidad o una parte de la prima de la Parte B).

La prima mensual será más alta si es soltero/a (se archiva una devolución de impuestos individual) y su ingreso anual es superior a \$85,000, o si está casado/a (se archiva una devolución de impuestos conjunta) y su ingreso anual es superior a \$170,000).

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

Si su ingreso anual es*		En 2009 paga*
Se archiva una devolución de impuestos individual	Se archiva una devolución de impuestos conjunta	
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	\$96.40
\$85,001-\$107,000	\$170,001-\$214,000	\$134.90
\$107,001-\$160,000	\$214,001-\$320,000	\$192.70
\$160,001-\$213,000	\$320,001-\$426,000	\$250.50
Más de \$213,000	Más de \$426,000	\$308.30

*Los montos del ingreso mencionado y de la prima de la Parte B corresponden al año 2009. Si paga una sanción por inscripción tardía de la Parte B, el monto de la prima será mayor.

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

¿Qué es la sanción por inscripción tardía del plan de fármacos recetados de Medicare?

Si no se inscribe en un plan de fármacos de Medicare cuando cumple los requisitos por primera vez y/o no se inscribe en una cobertura de fármacos recetados por un período de 63 o más días corridos, es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía para inscribirse más tarde. El plan de fármacos de Medicare le informará cuál es el monto y se sumará a la prima mensual. El monto de la sanción cambia año a año, y usted tiene que pagarla mientras tenga la cobertura de fármacos recetados de Medicare. Sin embargo, si corresponde, es posible que no tenga que pagar una sanción.

Si debe pagarla, se calculará cuando se inscriba a un plan para fármacos de Medicare. Para ello, tome el 1% de la prima de beneficios básica nacional del año de inscripción, en 2009 es de \$30.36. Multiplique por la cantidad de meses completos que cumplía los requisitos para inscribirse en un plan para fármacos de Medicare, pero no lo hizo, y luego redondee el monto hacia el múltiplo de diez centavos más cercano. Ése es el monto estimado de la sanción, que se suma a cada prima mensual del plan para fármacos de Medicare mientras pertenezca a él.

Si no está de acuerdo con la sanción por inscripción tardía, es posible que cumpla con los requisitos para que se reconsidere (revise). Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre el proceso de reconsideración de la sanción por inscripción tardía y cómo solicitarla.

Si tiene una sanción por inscripción tardía, llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus opciones de pago de la prima mensual del plan.

No tendrá que pagar una sanción por inscripción tardía si:

- Tenía una cobertura meritoria (cobertura que prevé el pago promedio de, al menos, el mismo monto que la cobertura de fármacos recetados estándar de Medicare).
- Tenía una cobertura de fármacos recetados pero recibió información adecuadamente de que la cobertura no era meritoria (del mismo nivel que la cobertura de fármacos que Medicare).

- El período que no tuvo una cobertura meritoria para fármacos recetados fue menor a 63 días corridos.
- Vivía en un área afectada por el huracán Katrina en el momento en que se produjo (agosto de 2005) Y ADEMÁS firmó un plan para fármacos recetados de Medicare antes del 31 de diciembre de 2006, Y permanece en un plan para fármacos recetados de Medicare.
- Recibió o recibe ayuda adicional.

¿Cuál es la ayuda adicional disponible para ayudarme a pagar los costos de mi plan?

Medicare les proporciona a las personas con ingresos o recursos limitados una “ayuda adicional” para pagar los costos de los fármacos recetados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o su automóvil. Si cumple con los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual de su plan de fármacos de Medicare y los copagos de recetas. En ese caso, esta ayuda adicional se tendrá en cuenta para los costos de desembolso.

¿Cumple con los requisitos para recibir la ayuda adicional?

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden cumplir con los requisitos para recibir ayuda adicional de una de las siguientes maneras: El monto de ayuda adicional que recibirá dependerá de sus ingresos y recursos.

1. **Automáticamente cumple con los requisitos para la ayuda adicional y no necesita inscribirse:** si tiene cobertura completa de un programa estatal de Medicaid, recibe ayuda de Medicaid para pagar las primas de Medicare (pertenecientes al programa de ahorros de Medicare) o recibe el beneficio del Seguro de Ingreso Suplementario. Medicare les envía una carta a las personas que cumplen automáticamente con los requisitos para la ayuda adicional.
2. **Debe inscribirse y cumple con los requisitos para la ayuda adicional.** Si sus ingresos anuales en 2008 son menores de \$15,600 (personas solteras sin personas a cargo) o \$21,000 (personas casadas que viven con su cónyuge pero no tienen otras personas a cargo), y si sus recursos son menores de \$11,990 (solteros) o \$23,970 (casados que viven con su cónyuge). Estos montos incluyen \$1,500 por persona para gastos de sepelio. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o su automóvil. Si cree que reúne los requisitos, llame a Seguridad Social al teléfono 1-800-772-1213 (los usuarios del servicio TTY deben llamar al número 1-800-325-0778) o visite nuestro sitio Web www.socialsecurity.gov. También puede inscribirse en la oficina de Atención Médica del Estado (Medicaid). Una vez que se haya inscrito, recibirá una carta por correo que le notificará si podrá recibir la ayuda adicional y los pasos que debe seguir.

Los montos de ingresos y recursos mencionados corresponden al año 2008 y cambiarán en 2009. Si vive en Alaska o Hawai o paga menos de la mitad de los gastos de vida de los miembros de su familia a su cargo, los límites de ingreso serán mayores.

¿Cómo cambian los costos al recibir ayuda adicional?

Si cumple con los requisitos, le enviaremos por correo el “Anexo de la Prueba de Cobertura para quienes reciben ayuda adicional para sus fármacos recetados”, donde se indicarán sus costos como miembro de nuestro Plan. Si el monto de ayuda adicional cambia durante el año, también le enviaremos por correo el “Anexo de la Prueba de Cobertura para quienes reciben ayuda adicional para sus fármacos recetados” actualizado.

¿Qué ocurre si cree que cumple con los requisitos para la ayuda adicional y cree que está pagando un monto de copago incorrecto?

Si cree que cumple con los requisitos para la ayuda adicional y cree que está pagando un monto de copago incorrecto al recibir su receta en la farmacia, nuestro Plan ha establecido un proceso que le permitirá solicitar ayuda para obtener una prueba sobre cuál es su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la prueba, que nos la proporcione. Llame al Departamento de Servicios para Miembros y díganos que cree que está pagando un copago incorrecto al obtener una receta en la farmacia.

Cuando recibamos la prueba que muestre el nivel de su copago, actualizaremos nuestro sistema o implementaremos otros procedimientos de manera que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga la próxima receta en la farmacia. No dude que si pagó de más por su copago, le reembolsaremos el monto correspondiente. Le enviaremos un cheque con el monto del sobrepago, o bien deduciremos copagos futuros. Por supuesto, si la farmacia no ha recibido el copago y usted tiene esa deuda, le pagaremos directamente a la farmacia. Si el Estado realizó el pago en su nombre, le pagaremos directamente al Estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Información importante

Le enviaremos una Encuesta COB para saber si cuenta con otra cobertura de salud y/o fármacos además de nuestro Plan. Medicare nos solicita que recopilemos esta información, por lo tanto, le agradeceremos que al recibir la encuesta la complete y nos la envíe de regreso. Si tiene otra cobertura de salud y/o fármacos, debe proporcionarnos esa información. La información que nos proporcione nos ayudará a calcular cuánto han pagado usted y otros por sus fármacos recetados. Asimismo, si recibe o deja de recibir cobertura adicional de salud y/o fármacos recetados, llame al Departamento de Servicios para Miembros para actualizar sus registros de inscripción.

2. Cómo recibir atención y fármacos recetados

Cómo recibir atención

¿Qué son los “proveedores”?

“Proveedores” es el término general que utilizamos para denominar a los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados por el Estado para recibir el pago de Medicare.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Un proveedor pertenece a la red cuando participa en nuestro Plan. Cuando decimos que “participan en nuestro Plan”, significa que hemos acordado con ellos (por ejemplo, por medio de un contrato) para coordinar o proporcionar atención a los miembros de nuestro Plan. A los proveedores de la red también se los puede denominar “proveedores del plan”.

¿Qué son los “servicios cubiertos”?

“Servicios cubiertos” es el término que utilizamos para denominar a toda la atención médica, servicios de atención de la salud, suministros y equipos que están cubiertos por nuestro Plan. Los servicios cubiertos se enumeran en la Tabla de beneficios de la Sección 10.

¿Cuánto debe pagar por los “servicios cubiertos”?

El monto que debe pagar por los servicios cubiertos se detalla en la Sección 10.

Proveedores que puede utilizar para recibir los servicios cubiertos por nuestro Plan

Mientras sea miembro de nuestro Plan, debe utilizar los proveedores de nuestra red para recibir los servicios cubiertos salvo en algunos casos, tales como atención de emergencia, atención de urgencia cuando la red no está disponible o diálisis fuera del área de servicio. Nuestro directorio de proveedores contiene una lista con los proveedores que participan en nuestro Plan. Si recibe atención no de emergencia de proveedores que no pertenecen al Plan (externos a la red) sin autorización previa, deberá pagar todo el costo, a menos que la atención sea de urgencia y nuestra red no se encuentre disponible o que la atención sean servicios de diálisis fuera del área. Si un proveedor externo a la red envía una factura que usted cree que debemos pagar por una atención de emergencia, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o envíenos la factura para que efectuemos el pago.

¿Qué debe hacer con las facturas del proveedor?

Sólo debe pagarle al proveedor el costo compartido permitido por nuestro Plan que se detalla en la [Sección 10](#). Debe solicitarle que nos emita una factura por el resto del gasto y le pagaremos de acuerdo con los términos y condiciones de pago de nuestro Plan. Si el proveedor le solicita pagar el monto total de la factura y que el Plan le reembolse el dinero, infórmele que usted sólo debe pagar el monto del costo compartido. Su tarjeta de inscripción del Plan contiene los datos para que el proveedor se comunice con nosotros para obtener información sobre los términos y condiciones de pago. Si el proveedor desea obtener más información sobre el pago de los servicios cubiertos, puede comunicarse con nosotros en: Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM, Attention: Provider Services, 600 Grant Street, 41st Floor, Pittsburgh, PA 15219, 1-800-685-5205. Los usuarios del servicio TTY pueden llamar al 1-800-654-5988.

Si recibió una factura por los servicios, puede enviárnosla para que nos encarguemos del pago. Le pagaremos al proveedor nuestra parte de la factura y le comunicaremos si debe pagar un costo compartido. Sin embargo, si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo.

Si tiene alguna pregunta sobre si nuestro Plan pagará determinado servicio de atención de salud, puede solicitar una decisión de cobertura anticipada por escrito antes de recibir la atención. Le comunicaremos si nuestro Plan pagará por ese servicio.

Elección del proveedor primario de cuidados médicos (PCP)

¿Qué es un PCP?

Al inscribirse en nuestro Plan, debe elegir un proveedor del Plan para que sea su proveedor primario de cuidados médicos (PCP). Debe ser un profesional especializado en medicina familiar, interna o pediatría que cumpla con los requisitos del Estado y esté capacitado para proporcionarle atención médica básica. Como se explica a continuación, el PCP le proporcionará atención de rutina o básica.

Además de proporcionarle gran parte de su atención médica, lo ayudará a organizar o coordinar los demás servicios cubiertos que reciba como miembro del Plan. Esto incluye rayos X, análisis de laboratorio, tratamientos, atención de especialistas, internaciones hospitalarias y seguimiento de su atención médica.

"Coordinar" sus servicios comprende controlar o consultar con otros proveedores del Plan acerca de su atención y cómo se desarrolla. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP deberá tener nuestra autorización previa (aprobación previa). Dado que su PCP proveerá y coordinará su atención médica, usted debe solicitar que éste reciba todos sus registros médicos anteriores en su consultorio. En la [Sección 3](#) explicamos cómo protegeremos la privacidad de sus registros médicos y la información personal sobre su salud.

¿Cómo puede elegir un PCP?

Usted eligió un PCP al inscribirse en nuestro Plan. Si éste abandona la red de proveedores de nuestro Plan y no podemos comunicarnos con usted, es posible que se lo asigne a uno nuevo automáticamente. El nombre y el número de teléfono del consultorio están impresos en su tarjeta de inscripción.

Si desea cambiar su PCP por alguna razón, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y elegir uno nuevo. Puede elegir un proveedor de la sección Proveedores de Atención Primaria del directorio de proveedores que le enviamos con esta Prueba de Cobertura o puede buscar en el directorio de proveedores publicado en nuestro sitio Web www.gatewayhealthplan.com. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar si el médico que eligió trabaja en nuestra red o para encontrar al médico adecuado para usted. Si desea acudir a un hospital en particular, verifique que su nuevo médico trabaje allí.

En el Departamento de Servicios para Miembros lo ayudaremos con su selección, registraremos su nuevo PCP y le comunicaremos la fecha de entrada en vigencia. Además, haremos la solicitud para que reciba una nueva tarjeta de inscripción con el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP. Una vez que haya recibido esta nueva tarjeta, puede deshacerse de la anterior.

¿Cómo recibe atención de su PCP?

Generalmente, para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina, primero consultará a su PCP. Como explicamos a continuación, sólo existen algunos tipos de servicios cubiertos que puede realizar sin contactarse primero con él/ella.

Debe consultar a su PCP para obtener nuestra autorización antes de recibir los siguientes servicios:

- Admisiones de hospitalización médica y de salud conductual.
- Servicios quiroprácticos.
- Cirugía/Servicios ambulatorios
- Densitometría ósea (medición de la masa ósea).
- Exploraciones por TC.
- Servicios de imágenes y angiografías por resonancia magnética (MRI/MRA), cardiología nuclear y tomografías por emisión de positrones (PET).
- Servicios ambulatorios para la salud mental y atención ambulatoria por abuso de sustancias.
- Servicios ambulatorios de rehabilitación, como terapia física o fonoaudiología.
- Equipo médico duradero, como sillas de ruedas, dispositivos ortopédicos y protésicos, y suministros médicos, por un total de \$500 dólares o más.
- Servicios de ambulancia que no sean de emergencia.

¿Qué servicios puede recibir sin la canalización (aprobación previa) de su proveedor primario de cuidados médicos (PCP)?

Puede recibir los siguientes servicios por cuenta propia, sin la canalización (aprobación previa) de su PCP. De todos modos, tiene que pagar su parte del costo, según corresponda, por estos servicios.

- Atención médica femenina de rutina, lo que incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de mama), Papanicolau y exámenes pélvicos. Esta atención está cubierta sin la canalización de un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales y contra la neumonía (siempre que se obtengan de un proveedor de la red).
- Consultas a especialistas, Papanicolau, exámenes pélvicos, examen de próstata, examen colorrectal, densitometría ósea, capacitación para el control de la diabetes, controles de la vista, atención dental de rutina y exámenes de audición obtenidos de proveedores de la red.
- Servicios de emergencia, ya sea que los obtenga de proveedores de la red o no.
- Atención de urgencia que reciba de proveedores externos a la red mientras se encuentre temporalmente fuera del área de servicio. También, la atención de urgencia que reciba de proveedores externos a la red dentro del área de servicio pero en casos en que, debido a circunstancias fuera de lo común, los proveedores del Plan se encuentren temporalmente inaccesibles o no disponibles.
- Servicios de diálisis (renal) que reciba cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del Plan. Antes de dejar el área de servicio, comuníquenos hacia dónde se dirige para que podamos ayudarlo a organizar un servicio de diálisis regular mientras se encuentre fuera.

¿Cómo recibe la atención de los médicos, especialistas y hospitales?

Cuando su médico de cabecera considere que usted necesita un tratamiento especializado, es posible que lo canalice a un especialista u otros proveedores del Plan. Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Los especialistas incluyen, entre otros, médicos tales como:

- Oncólogos (que atienden a los pacientes con cáncer)
- Cardiólogos (que atienden a los pacientes con enfermedades cardíacas),
- Ortopedistas (que atienden a los pacientes con determinadas enfermedades óseas, articulares o musculares).

Como se menciona arriba, para algunos tipos de servicios, es posible que el médico de cabecera necesite la aprobación anticipada de nuestro Plan (que se denomina “autorización previa”).

Un “especialista del Plan” es un especialista que trabaja con nuestro Plan. Puede consultar a cualquier especialista del Plan sin necesidad de una canalización. Si hay algún especialista específico que desee consultar, averigüe si trabaja con nuestro Plan. Su médico debe obtener autorización previa para realizar cualquier servicio que proporcionen especialistas externos al Plan.

Si hay hospitales específicos a los que desee asistir, primero debe consultar si los médicos que va a consultar trabajan allí.

¿Cómo puede cambiar de PCP?

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Para ello, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Al llamar, asegúrese de informar si su consulta es a un especialista o si recibe otros servicios cubiertos que requieren la aprobación de su PCP (como servicios médicos a domicilio y equipo médico duradero). Lo ayudaremos a garantizar que continúe recibiendo la atención especializada y los demás servicios que ha estado recibiendo antes de cambiar de PCP. Además, verificaremos que el PCP al que desea cambiarse acepte nuevos pacientes y le informaremos cuándo se hará efectivo su cambio. Además, le enviaremos una nueva tarjeta de inscripción con el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

¿Qué sucede si el médico u otro proveedor abandona el Plan?

Es posible que el proveedor de la red con el que se atiende deje de pertenecer al Plan. Si esto ocurre, deberá elegir otro proveedor que participe en nuestro Plan. El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo para encontrar y elegir otro proveedor.

Atención si tiene una emergencia médica o necesidad de atención urgente

¿Qué es una “emergencia médica”?

Una “emergencia médica” es cuando considera que su salud está en grave peligro. Puede incluir dolores agudos, una lesión grave, una enfermedad repentina o enfermedades que empeoran con rapidez.

Si tiene una emergencia médica:

- Busque atención médica lo antes posible. Llame al 911 para obtener ayuda o visite la sala de emergencias, hospital o centro de atención de urgencias más cercano. No necesita tener aprobación o una canalización de su médico u otro proveedor de la red.
- Asegúrese lo antes posible de hacernos saber acerca de la emergencia, porque debemos participar en el seguimiento de la atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para comunicarnos la situación, generalmente dentro de las 48 horas. El número de teléfono de su PCP está en su tarjeta de inscripción. Si no encuentra el número de su PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros para recibir ayuda.

El PCP hablará con los médicos que atienden su emergencia para ayudar a administrar y realizar el seguimiento posterior. Una vez que los médicos involucrados en su atención de emergencia indiquen que usted está estable y que la emergencia ha finalizado, tendrá derecho a recibir

atención de seguimiento posterior a la estabilización. Esta atención estará cubierta según las pautas de Medicare. En general, si recibió atención de un proveedor externo a la red, intentaremos que algún proveedor de la red se encargue de su atención cuando su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Qué servicios están cubiertos en caso de emergencias médicas?

- Puede tener cobertura para atención de emergencia cuando lo necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos. Consulte más adelante cómo debe completar las recetas cuando no puede acceder a una farmacia de la red.
- Los servicios de **ambulancia** están cubiertos en situaciones en las que otros medios de transporte dentro de Estados Unidos podrían poner en peligro su salud. (Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios en la [Sección 10](#).)

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

En algunas ocasiones es difícil saber si padece una emergencia médica. Por ejemplo, puede presentarse para recibir atención de emergencia, creyendo que su salud se encuentra en grave peligro, y el médico puede indicar que en realidad no se trataba de una emergencia. Si le ocurre esto, también tendrá cobertura por la atención recibida para determinar la razón de su malestar, siempre que haya considerado que su salud se encontraba en grave peligro, tal como se explica en: “¿Qué es una emergencia médica?”. Si recibe atención adicional después de que el médico indicó que no se trataba de una emergencia médica, el Plan pagará su parte de la atención adicional cubierta **sólo si recibe servicios de un proveedor de la red**. Pagaremos nuestra parte de la atención adicional cubierta por un proveedor externo a la red si está fuera del área de servicio, siempre que la atención adicional que reciba cumpla con la definición de “atención de urgencia” que se indica a continuación.

¿Qué es la atención de urgencia?

La atención de urgencia es una situación que no es de emergencia y tiene las siguientes características:

- Usted se encuentra dentro de los Estados Unidos.
- Temporalmente está fuera del área de servicio autorizado del Plan.
- Necesita atención médica urgente debido a una enfermedad, lesión o afección imprevista, y
- No es razonable, dada la situación, que obtenga atención médica a través de la red de proveedores del Plan.

En circunstancias inusuales y extraordinarias, la atención se puede considerar de urgencia y el Plan puede pagar por ella cuando el miembro está dentro del área de servicio pero provisoriamente no está disponible o no se puede acceder a la red de proveedores del Plan.

¿Cuál es la diferencia entre “emergencia médica” y “atención de urgencia”?

Las dos diferencias principales entre una atención de urgencia y una emergencia médica están en el peligro para la salud y su ubicación. Una “emergencia médica” se produce cuando usted tiene los motivos necesarios para creer que su salud corre un grave peligro, esté dentro o fuera del área de servicio. La “atención de urgencia” tiene lugar cuando necesita ayuda médica a causa de una enfermedad, lesión o afección imprevista, pero su salud no corre grave peligro y usted está, generalmente, fuera del área de servicio.

Cómo recibir atención de urgencia

Si estando provisoriamente fuera del área de servicio del Plan necesita recibir atención de urgencia, puede obtenerla de cualquier proveedor.

Nota: Si tiene una necesidad médica urgente, pero que no es una emergencia, mientras está dentro del área de servicio, por lo general, debe recibir los servicios del Plan de acuerdo con los procedimientos y requisitos de éste según se describe en esta sección.

Cómo presentar una reclamación por una emergencia o atención de urgencia

Cuando recibe servicios de emergencia o atención de urgencia de un proveedor externo a la red, usted es el responsable de pagar el monto del costo compartido que le corresponde y de informarle al proveedor que le facture al Plan la diferencia del pago. Sin embargo, si recibió una factura de un proveedor, envíe la reclamación a: Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM, Attention: Member Services, 600 Grant Street, 41st Floor, Pittsburgh, PA 15219 para que podamos pagarle al proveedor el monto adeudado. Si tiene alguna pregunta sobre el monto que debe pagarle al proveedor o dónde enviar una reclamación, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

¿Cuál es el costo de los servicios que no están cubiertos por el Plan?

Nuestro Plan cubre todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico contemplados por Medicare Parte A y Parte B, y utiliza las reglas de cobertura de Medicare para decidir qué servicios son necesarios desde el punto de vista médico. Usted es responsable de pagar la totalidad del costo de los servicios que no están cubiertos por nuestro Plan. Otras secciones de este manual describen los servicios que están cubiertos por nuestro Plan y las reglas que se aplican a la obtención de atención como miembro del Plan. Es posible que nuestro Plan no cubra los costos de servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico según Medicare, incluso si está en la lista de servicios cubiertos por nuestro Plan.

Si necesita un servicio que nuestro Plan considera que no es necesario desde el punto de vista médico según las reglas de cobertura de Medicare, deberá pagar la totalidad de los costos del

servicio si no solicitó una determinación de cobertura anticipada. Sin embargo, tiene derecho a apelar la decisión.

Si tiene dudas sobre si el Plan pagará por un servicio o artículo, incluidos los servicios de hospitalización, tiene el derecho de solicitar una determinación de organización o determinación de cobertura para ese servicio. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y decirnos que desea obtener una decisión y saber si el servicio estará cubierto antes de recibirlo.

Para aquellos servicios que tienen un límite sobre el beneficio, usted deberá pagar la totalidad del costo de cualquier servicio que reciba después de consumir todo su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Puede consultar al Departamento de Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto ha consumido de su límite de beneficio.

¿Cómo puede participar en un ensayo clínico?

Un “ensayo clínico” es una forma de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, la eficacia de un nuevo fármaco contra el cáncer. Es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos e investigadores a saber si funciona un enfoque nuevo y si éste es seguro.

El plan Original Medicare paga los costos de rutina si participa en un ensayo clínico que cumple con los requisitos de Medicare (es decir, si es un ensayo clínico “válido” y aprobado por Medicare). Los costos de rutina incluyen gastos como el alojamiento y comida para una estadía hospitalaria que Medicare pagaría aún si usted no participara en un ensayo, una operación para implantar un artículo que se está probando y artículos y servicios para tratar efectos secundarios y complicaciones que surjan del nuevo tratamiento. Generalmente, Medicare no cubrirá los costos de la atención experimental, tales como fármacos o dispositivos a prueba en ensayos clínicos.

Existen ciertos requisitos para que Medicare cubra los ensayos clínicos. Si usted participa como paciente en un ensayo clínico que cumple con los requisitos de Medicare, el plan Original Medicare (y no nuestro Plan) les paga a los médicos del ensayo clínico y a otros proveedores por los servicios cubiertos que usted recibe y que están relacionados con el ensayo clínico. Cuando forma parte de un ensayo clínico, puede estar inscrito en nuestro Plan y continuar recibiendo el resto de la atención médica, por ejemplo, servicios de diagnóstico, atención de seguimiento y atención que no esté relacionada con el ensayo clínico a través de nuestro Plan. Nuestro Plan continúa siendo responsable de la cobertura de determinadas exenciones para dispositivos de investigación (IDE), denominados dispositivos IDE de Categoría B, que necesiten nuestros miembros.

Usted no necesita tener una canalización (aprobación previa) de un proveedor de la red para participar en un ensayo clínico y los proveedores del ensayo clínico no necesitan ser proveedores de la red. Sin embargo, asegúrese de **informarnos antes de participar** para que podamos mantener un registro de los servicios de atención de su salud. Cuando nos informe acerca del inicio de su participación en un ensayo clínico, podemos decirle si se trata de un ensayo aprobado por Medicare y qué servicios le proporcionarán los proveedores del ensayo en lugar de los de nuestro Plan.

Puede ver o descargar la publicación “Medicare and Clinical Trials” (Medicare y los ensayos clínicos) en www.medicare.gov, en el menú “Search Tools” (Herramientas de búsqueda) seleccione “Find a Medicare Publication” (Buscar una publicación de Medicare). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teléfonos de texto TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cómo acceder a la atención en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica

Nuestro Plan cubre, con ciertas condiciones, la atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica (RNHCI, Religious Non-medical Health Care Institution) habilitada por Medicare. Los servicios cubiertos en una RNHCI están limitados a aspectos no religiosos de atención médica. Para poder recibir los servicios cubiertos, debe tener una afección médica que le permitiría recibir atención hospitalaria o en un centro de enfermería especializada. Puede recibir servicios en su domicilio, pero sólo artículos y elementos que generalmente proporcionan las agencias de atención médica a domicilio que no son RNHCI. Además, debe firmar un documento legal que dice que usted se opone voluntariamente a aceptar el tratamiento médico “sin excepción”. (Un tratamiento médico “con excepción” es la atención médica o el tratamiento que recibe involuntariamente o que se requiere por ley federal, estatal o local. Un tratamiento médico “sin excepción” es cualquier otra atención médica o tratamiento). Nuestro Plan no cubre su estadía en el RNHCI a menos que obtenga nuestra autorización (aprobación) anticipada. A este beneficio se aplican los límites de cobertura de hospitalización de nuestro Plan. Consulte la Tabla de beneficios de la Sección 10 bajo el encabezamiento “Atención a pacientes hospitalizados”.

Cómo obtener fármacos recetados

¿Cuánto debe pagar por los fármacos recetados?

El monto que debe pagar por los fármacos cubiertos se detalla en la Sección 10.

Si tiene Medicare y Medicaid

Medicare, y no Medicaid, pagará la mayoría de sus fármacos recetados. Continuará recibiendo su cobertura de salud tanto de Medicare como Medicaid mientras reúna los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid.

¿Qué fármacos cubre este Plan?

¿Qué es un vademécum?

Un vademécum es una lista de todos los fármacos cubiertos. En general, cubrimos los fármacos que se detallan en nuestro vademécum siempre que sea necesario desde el punto de vista médico,

que la receta se complete en una farmacia de la red y que se cumplan otras reglamentaciones de cobertura. Para algunos fármacos recetados tenemos requisitos adicionales o limitaciones de cobertura. Estos requisitos y límites se describen más adelante en esta sección bajo el título “Administración de uso”.

Los fármacos del vademécum han sido seleccionados por nuestro Plan con la ayuda de un equipo de proveedores de la salud. El vademécum incluye tanto fármacos de marca como genéricos. Un fármaco genérico es un fármaco recetado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) determina que tiene el/los mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el fármaco de marca comercial. Generalmente, los fármacos genéricos tienen un costo inferior que los fármacos de marcas comerciales.

Nuestro Plan no cubre todos los fármacos. En algunos casos, la ley prohíbe la cobertura de Medicare para ciertos tipos de fármacos. (Para obtener más información sobre los tipos de fármacos que normalmente no cubre el Plan de Fármacos Recetados de Medicare, consulte la [Sección 10](#).) En otros casos, hemos decidido no incluir un fármaco en particular en nuestro vademécum.

En algunas situaciones, también pueden cubrirse las recetas que se completan en una farmacia externa a la red. Consulte la información que se encuentra más adelante en esta sección sobre las recetas completadas en una farmacia externa a la red.

¿Cómo puede saber qué fármacos aparecen en el vademécum?

Todos los años le enviamos un vademécum actualizado para que sepa los fármacos que se incluyen. También puede recibir información actualizada sobre los fármacos que cubre el Plan en nuestro sitio Web. Además, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para saber si el fármaco que necesita se encuentra en nuestro vademécum o solicitar una copia de éste.

¿Qué son los niveles de fármacos?

Nuestro vademécum está organizado en diferentes niveles de fármacos o grupos de diferentes tipos de fármacos. El copago depende del nivel en que se encuentre el fármaco que necesita.

Puede solicitar que hagamos una excepción (que es un tipo de determinación de la cobertura) a la ubicación del nivel de su fármaco. Consulte la [Sección 5](#) para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Puede cambiar el vademécum?

Podemos realizar algunos cambios en el vademécum durante el año. Los cambios en el vademécum afectarán los fármacos cubiertos y los costos que debe pagar al completar su receta. Los tipos de cambios pueden incluir:

- Agregar o quitar fármacos del vademécum
- Agregar autorizaciones previas, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada a los fármacos

- Cambiar un fármaco a un nivel más elevado o inferior de costo compartido.

Si quitamos fármacos del vademécum o agregamos autorizaciones previas, límites de cantidad y/o restricciones de terapia escalonada en los fármacos y usted está tomando el fármaco afectado por el cambio, podrá continuar tomándolo con el mismo costo compartido hasta que finalice el año del plan. Sin embargo, si se reemplaza un fármaco de marca por uno genérico, o el vademécum cambia como resultado de nueva información sobre la seguridad o eficacia de un fármaco, es posible que este cambio lo afecte. Le notificaremos el cambio por lo menos 60 días antes de la fecha de entrada en vigencia o le proporcionaremos un suministro para 60 días en la farmacia. Esto le permitirá consultar con su médico para cambiar el fármaco por uno que cubramos o solicitar una excepción. (Si se excluye el fármaco del vademécum porque ha sido retirado de las farmacias, no le proporcionaremos el aviso de 60 días antes de retirarlo del vademécum. En cambio, lo retiraremos de inmediato y les notificaremos el cambio a los miembros que lo toman lo antes posible.)

¿Qué ocurre si un fármaco no se encuentra en el vademécum?

Si el fármaco recetado no se encuentra en su copia del vademécum, primero debe verificar el del sitio Web que se actualiza, al menos, una vez por mes (si hay algún cambio). Además, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para asegurarse de que no está cubierto. Si le confirman que no cubrimos ese fármaco, tiene dos opciones:

1. Puede pedirle a su médico que cambie por otro fármaco que esté cubierto. Si desea proporcionarle a su médico una lista con los fármacos cubiertos que se utilizan para tratar enfermedades similares, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o visite el vademécum en nuestro sitio Web.
2. Usted o su médico pueden solicitar que hagamos una excepción (que es un tipo de determinación de la cobertura) para cubrir el fármaco que necesita. Si paga el costo del fármaco de su bolsillo y solicita una excepción para su aprobación, el Plan se lo reembolsará. Si no se aprueba, puede apelar. Consulte la [Sección 5](#) para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción o apelación.

En algunos casos, nos comunicaremos con usted si toma algún fármaco que no contempla nuestro vademécum. Le podemos ofrecer nombres de los fármacos cubiertos que también se utilizan para tratar su enfermedad para que consulte con su médico si alguno de ellos podría ser una alternativa para su tratamiento.

Si se ha inscrito recientemente en el Plan, puede recibir un suministro provisorio de un fármaco que tomaba al momento de su inscripción si no está en nuestro vademécum.

Política de transición

Es posible que los miembros nuevos de nuestro Plan tomen fármacos que nuestro vademécum no incluye o que están sujetos a ciertas restricciones, como autorización previa o terapia escalonada. Los miembros actuales también pueden verse afectados por los cambios en nuestro vademécum de un año a otro. Deben consultar con sus médicos para decidir si deben cambiar por un fármaco

diferente que esté cubierto o solicitar una excepción para continuar con el mismo fármaco. Consulte la [Sección 5](#), bajo el título "Qué es una excepción", para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si el fármaco que necesita no está en nuestro vademécum, si está sujeto a ciertas restricciones, como autorización previa o terapia escalonada, o si el año próximo será retirado del vademécum, y si necesita ayuda para cambiar por un fármaco diferente que cubramos o para solicitar una excepción al vademécum.

Mientras los miembros consultan con sus médicos para determinar las medidas correctas a seguir, es posible que les proporcionemos un suministro provisorio del fármaco fuera del vademécum si necesitan una provisión del fármaco durante los primeros 90 días de inscripción a nuestro Plan. Si usted es miembro y lo afectó un cambio en el vademécum de un año al otro, le proporcionaremos un suministro provisorio del fármaco fuera del vademécum, si lo necesita, durante los primeros 90 días del nuevo año del plan.

Si un miembro acude a una farmacia de la red para que le proporcionemos un suministro provisorio de un fármaco que no está en el vademécum o tiene restricciones o límites de cobertura (pero se considera un "fármaco de la Parte D"), cubriremos un suministro para 30 días (a menos que la receta indique menos días). Después de cubrir el suministro provisorio de 30 días, generalmente no volveremos a pagar por esos fármacos como parte de nuestra política de transición. Le proporcionaremos una nota escrita después de cubrir su suministro provisorio. En ella le explicaremos los pasos que debe seguir para solicitar una excepción y cómo proceder con su médico para decidir si debe cambiar por un fármaco adecuado que esté cubierto.

Si un miembro nuevo es residente de un centro de atención médica a largo plazo (como un centro de enfermería), cubriremos un suministro provisorio de transición por 31 días (a menos que la receta indique menos días). Si es necesario, cubriremos más de un suministro de estos fármacos durante los primeros 90 días de inscripción en nuestro Plan. Si el residente se inscribió en nuestro Plan hace más de 90 días y necesita un fármaco que no está en nuestro vademécum o que está sujeto a otras restricciones, como terapia escalonada o límites de dosis, cubriremos un suministro provisorio de emergencia por 31 días (a menos que la receta indique menos días) mientras el nuevo miembro solicita una excepción al vademécum.

Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica sólo a los fármacos que se consideran "Parte D" y que se compran en una farmacia de la red. La política de transición no se puede utilizar para comprar un fármaco que no esté contemplado por la Parte D o un fármaco fuera de la red, a menos que usted tenga acceso a los servicios externos a la red. Consulte la [Sección 10](#) para obtener información sobre los fármacos no contemplados por la Parte D.

Programas de administración de fármacos

Administración de uso

Para algunos fármacos recetados tenemos requisitos adicionales o limitaciones de cobertura. Estos aseguran que nuestros miembros usen los fármacos de la manera más efectiva y nos ayuda a controlar los costos del plan de fármacos. Un equipo de médicos y farmacéuticos de nuestro

Plan los desarrollaron para ayudarnos a proporcionar cobertura de calidad a nuestros miembros. Consulte su copia del vademécum o el vademécum del sitio Web para obtener más información sobre estos requisitos y limitaciones.

A continuación se detallan los requisitos o limitaciones de cobertura en determinados fármacos:

Autorización previa: debe obtener autorización previa (aprobación previa) para algunos fármacos. Esto significa que su *proveedor* deberá ponerse en contacto con nosotros de completar su receta. Si no recibimos la información necesaria para satisfacer la autorización previa, es posible que no proporcionemos la cobertura del fármaco.

Límites de cantidad: limitamos la cantidad de algunos fármacos por receta o por un determinado período. Por ejemplo, proporcionaremos hasta 60 comprimidos por receta de oxiconona de liberación prolongada.

Terapia escalonada: en algunos casos, solicitaremos que primero pruebe un fármaco para tratar su enfermedad antes de que cubramos otro para tratar lo mismo. Por ejemplo, si los fármacos A y B se usan para tratar su enfermedad, le solicitaremos a su médico que primero le recete el fármaco A. Si no funciona, cubriremos el fármaco B.

Sustitución genérica: Cuando haya disponible una versión genérica de un fármaco de marca, las farmacias de nuestra red le recomendarán y/o proveerán la versión genérica, a menos que su médico indique que debe tomar el de marca y nosotros aprobemos esta solicitud.

Para saber si el fármaco que toma está sujeto a estos requisitos o límites adicionales, puede consultar el vademécum, nuestro sitio Web o llamar al Departamento de Servicios para Miembros. Si está sujeto a una de estas restricciones o límites adicionales y su médico determina que usted no puede aceptarlas por razones de necesidad médica, usted o su médico pueden solicitar una excepción (que es un tipo de determinación de la cobertura). Consulte la [Sección 5](#) para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

Revisión del uso de fármacos

Realizamos una revisión del uso de los fármacos para que nuestros miembros estén seguros de que reciben una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros cuyas recetas las completa más de un médico. Realizamos revisiones del uso de los fármacos cada vez que completa una receta y, periódicamente, revisando sus registros. Durante estas revisiones, nos aseguramos de que no existan problemas con sus fármacos, por ejemplo:

- Posibles errores de medicación
- Fármacos duplicados innecesariamente porque ya toma un fármaco para tratar una enfermedad determinada
- Fármacos que son inadecuados debido a su edad o sexo
- Posibles interacciones perjudiciales entre los fármacos que toma
- Alergias a los fármacos
- Errores en las dosis de los fármacos

Si identificamos un problema de medicación durante nuestra revisión del uso de fármacos, trabajaremos con su médico para corregirlo.

Programas de administración de farmacoterapia

Proporcionamos un programa de administración de farmacoterapia sin cargo para los miembros con diversas enfermedades, que estén tomando varios fármacos recetados o que deban pagar grandes costos por ellos. Estos programas han sido desarrollados por un equipo de farmacéuticos y médicos, y los utilizamos para proporcionarles una mejor cobertura a nuestros miembros. Por ejemplo, nos ayudan a asegurarnos que nuestros miembros utilicen los fármacos adecuados para tratar sus enfermedades y ayudarnos a identificar posibles errores en la medicación.

Es posible que nos comuniquemos con los miembros que reúnen los requisitos para estos programas. Si nos comunicamos con usted, esperamos que decida unirse para que podamos ayudarlo a administrar sus fármacos. Recuerde que no necesita pagar costos adicionales para participar.

Si resulta seleccionado para unirse a un programa de administración de farmacoterapia, le enviaremos información sobre el programa específico, que incluye información sobre cómo tener acceso a él.

¿De qué manera afecta la inscripción en este Plan a la cobertura de fármacos de Medicare Parte A o Parte B?

Proporcionamos cobertura de los fármacos contemplados por Medicare Parte A y B, además de la Parte D. La cobertura de la Parte D que ofrecemos no afecta la de Medicare para fármacos que normalmente cubriría Medicare Parte A o Parte B. Según el lugar donde reciba los fármacos, por ejemplo, en el consultorio del médico en lugar de una farmacia de la red, puede haber una diferencia en el costo compartido. Puede comunicarse con nuestro Plan para obtener información sobre diferentes costos relacionados con los fármacos disponibles en diferentes lugares y situaciones.

Si está inscrito en un plan grupal de un empleador o de jubilados

Si actualmente tiene otra cobertura de fármacos recetados a través de un plan grupal de su empleador o jubilados (o de su cónyuge), comuníquese con el administrador de beneficios para determinar cómo funciona su cobertura de fármacos recetados con este Plan. En general, si tiene un empleo en la actualidad, la cobertura de fármacos recetados que obtendrá de nosotros será secundaria a la cobertura grupal de su empleador o jubilados.

Cada año (antes del 15 de noviembre), el plan grupal del empleador o jubilados debe proporcionarle una nota de divulgación donde indique si la cobertura de fármacos recetados es meritoria (es decir, que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que prevé el plan estándar de fármacos recetados de Medicare) y las opciones disponibles para usted. Debe conservar las notas de divulgación que reciba cada año para presentar en el plan Parte D cuando

se inscriba para demostrar que ha mantenido una cobertura *meritoria*. Si no recibió esa nota, puede solicitar una copia al administrador de beneficios, su empleador o sindicato.

Uso de las farmacias de la red para obtener los fármacos recetados

Salvo algunas excepciones, que se indican en esta sección bajo el título “¿Cómo completar recetas fuera de la red?”, **debe utilizar las farmacias de la red para obtener los fármacos recetados**. Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con nosotros para proporcionarle sus fármacos recetados cubiertos. La frase “fármacos cubiertos” hace referencia a todos los fármacos recetados ambulatorios cubiertos por el Plan. Éstos se enumeran en el vademécum.

En la mayoría de los casos, sus recetas estarán cubiertas sólo si se completan en una de nuestras farmacias de la red. No es necesario que siempre se dirija a la misma farmacia para completar su receta, puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Sin embargo, si cambia a una farmacia de la red distinta de la que utilizó anteriormente deberá obtener una nueva receta del médico o solicitarle a la farmacia anterior que transfiera la receta a la nueva farmacia si aun resta alguna renovación. Para encontrar una farmacia de la red en su área, consulte el Directorio de Proveedores. Además puede visitar nuestro sitio Web o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

¿Qué ocurre si una farmacia deja de pertenecer a la red?

En algunas ocasiones, las farmacias pueden abandonar la red del Plan. En ese caso, deberá completar sus recetas en otra farmacia de la red del Plan. Consulte el Directorio de Proveedores o llame al Departamento de Servicios para Miembros para encontrar otra farmacia de la red en su área.

¿Cómo debe solicitar un fármaco recetado en una farmacia de la red?

Para completar su receta, debe mostrar su tarjeta de inscripción al Plan en una de nuestras farmacias de la red. Si no tiene la tarjeta de inscripción al momento de completar la receta, permita que la farmacia llame al Departamento de Servicios Farmacéuticos de Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM al 1-877-447-4507 para obtener la información necesaria. Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que deba pagar la totalidad del costo de la receta. Si paga toda la receta (en lugar de pagar sólo el copago), puede solicitarnos un reembolso para que paguemos nuestra parte del costo por medio de una reclamación. Para saber cómo entregar una reclamación, consulte el proceso de reclamaciones que se describe en la subsección denominada: “Cómo presentar una reclamación”.

¿Cómo completar recetas fuera de la red?

Tenemos algunas farmacias de la red fuera del área de servicio donde puede obtener fármacos cubiertos como miembro de nuestro Plan. En general, sólo cubrimos las recetas de fármacos que se completen en una farmacia externa a la red en determinadas circunstancias, cuando no haya disponible ninguna farmacia de la red. A continuación se detallan algunas circunstancias en las que podemos cubrir recetas que se completan en una farmacia externa a la red. Antes de completar una receta en cualquiera de estas situaciones, llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si hay una farmacia de la red en su área donde pueda completar la receta. Si acude a una farmacia externa a la red por alguno de los motivos de la lista, es posible que deba pagar la totalidad del costo (en lugar de pagar sólo el copago) al completar la receta. En ese caso, puede solicitarnos el reembolso de su parte del costo mediante una reclamación. Debe enviarnos una reclamación si completa una receta en una farmacia externa a la red, ya que cualquier monto que pague por un fármaco cubierto por la Parte D ayudará a reunir los requisitos para la cobertura catastrófica. Para saber cómo entregar una reclamación, consulte el proceso de reclamaciones que se describe en la subsección denominada: “Cómo presentar una reclamación”. Si paga por los fármacos que obtiene de una farmacia externa a la red, también es posible que pague más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Cubriremos las recetas que se completen en una farmacia externa a la red si se relacionan con una atención de urgencia o emergencia médica. En ese caso, solicítele al farmacéutico que llame al Departamento de Servicios Farmacéuticos de Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM al 1-888-447-4507 para obtener la anulación de una farmacia externa a la red.

Si toma fármacos recetados a diario y debe viajar, asegúrese de tener la cantidad de fármacos adecuada antes de partir. De ser posible, lleve todos los fármacos que necesitará. Puede solicitar sus fármacos recetados con anticipación si su médico llama al Departamento de Servicios Farmacéuticos de Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM al 1-888-447-5215 para solicitar un suministro para las vacaciones.

Si viaja dentro de Estados Unidos, pero fuera del área de servicio del Plan y se enferma o se queda sin fármacos recetados, cubriremos las recetas que complete en una farmacia externa a la red si cumple con el resto de las reglamentaciones de cobertura indicadas en este documento, y si

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

no hubiera una farmacia de la red disponible. En ese caso, solicítelo al farmacéutico que llame al Departamento de Servicios Farmacéuticos de Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM al 1-800-685-5215 para obtener la anulación de una farmacia externa a la red.

Antes de completar una receta en una farmacia externa a la red, llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si hay una farmacia de la red disponible en el área visitada. Si no hay farmacias de la red en esa área, nuestro Departamento de Servicios para Miembros se encargará de que reciba sus recetas de una farmacia externa a la red.

No podemos pagar las recetas que se completen en una farmacia fuera de Estados Unidos, ni siquiera en situaciones de emergencias médicas.

Existen otras ocasiones en que puede obtener la cobertura de una receta en una farmacia externa a la red. Solicítelo al farmacéutico que llame al Departamento de Servicios Farmacéuticos de Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM al 1-888-447-4507 para obtener la anulación de una farmacia externa a la red. Cubriremos su receta en una farmacia externa a la red si se cumple al menos una de las siguientes condiciones:

- Si no puede obtener un fármaco cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red que proporcione servicio las 24 horas, dentro de un área razonable.
- Si debe completar una receta por un fármaco cubierto de poco abastecimiento en farmacias minoristas de la red que cumplan con los requisitos (estos incluyen fármacos para enfermedades poco comunes u otros suministros farmacéuticos especializados).

¿Cómo presentar una reclamación?

Puede presentar una reclamación para el reembolso de los costos de fármacos en las situaciones que se describen a continuación:

- **Fármacos comprados fuera de la red.** Cuando acude a una farmacia de la red y utiliza la tarjeta de inscripción, la farmacia envía la reclamación automáticamente. Sin embargo, si acude a una farmacia externa a la red e intenta utilizar la tarjeta de inscripción por uno de los motivos explicados en la sección anterior (“¿Cómo completar recetas fuera de la red?”), es posible que la farmacia no pueda presentar la reclamación en forma directa. En ese caso, deberá pagar la totalidad del costo de la receta y presentarnos una reclamación. Este tipo de solicitud de reembolso se considera una determinación de cobertura y está sujeto a las reglas que se detallan en la [Sección 5](#).
- **Fármacos pagados en su totalidad porque no tiene la tarjeta de inscripción.** Si paga toda la receta (en lugar de pagar sólo el copago) porque no tiene la tarjeta de inscripción al completar la receta, puede solicitarnos un reembolso para que paguemos nuestra parte del costo por medio de una reclamación. Este tipo de solicitud de reembolso se considera una determinación de cobertura y está sujeto a las reglas que se detallan en la [Sección 5](#).
- **Fármacos pagados en su totalidad por otros motivos.** Si paga la totalidad de la receta (en lugar de pagar sólo el copago) porque no está cubierta por algún motivo (por ejemplo, el fármaco no está en el vademécum o está sujeto a requisitos o limitaciones de cobertura) y

necesita una receta de forma inmediata, puede solicitarnos un reembolso para que paguemos nuestra parte del costo por medio de una reclamación. En esos casos, el médico debe presentar documentación adicional para respaldar su solicitud. Este tipo de solicitud de reembolso se considera una determinación de cobertura y está sujeto a las reglas que se detallan en la [Sección 5](#).

- **Fármacos comprados a un mejor precio en efectivo.** En circunstancias muy poco frecuentes cuando no tiene cobertura o está en un período deducible y ha comprado un fármaco cubierto por la Parte D en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento fuera del beneficio del Plan, puede presentar una reclamación para solicitar que el gasto de desembolso se tenga en cuenta para su cobertura catastrófica.
- **Copagos para los fármacos proporcionados por medio del programa de ayuda al paciente del fabricante de fármacos.** Si obtiene ayuda y paga el copago de un programa de ayuda al paciente del fabricante de fármacos fuera de los beneficios del Plan, puede presentar una reclamación para solicitar que el desembolso se tenga en cuenta para su cobertura catastrófica.

Puede solicitarnos que reembolsemos nuestra parte del costo de la receta por medio de una solicitud por escrito a: Aunque no es obligatorio, puede utilizar el formulario de reclamación de reembolsos para enviar su solicitud por escrito. Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio Web o solicitarla por teléfono al Departamento de Servicios para Miembros.

Incluya el/los recibo(s) con la solicitud.

Envíe la solicitud de reembolso por escrito a la dirección que aparece en **Solicitudes de reembolso Parte D** en la [Sección 8](#).

¿Cómo funciona la cobertura de fármacos recetados si debe dirigirse a un hospital o centro de enfermería especializada?

Si admiten su hospitalización con la cobertura de Medicare, por lo general, el beneficio médico de nuestro Plan (Parte C) cubrirá el costo de los fármacos recetados mientras esté en el hospital. Una vez que obtenga el alta, los fármacos recetados estarán cubiertos por la Parte D de nuestro Plan siempre que éstos cumplan con todos los requisitos de cobertura (por ejemplo, que estén en el vademécum, se completen en una farmacia de la red y que no estén cubiertos por nuestro beneficio médico (Parte C)). Además, cubriremos sus fármacos recetados si están aprobados por el proceso de determinación, excepciones y apelaciones de la cobertura de la Parte D.

Si admiten su internación en un centro de enfermería especializada con la cobertura de Medicare: después de que el beneficio médico de nuestro Plan (Parte C) deje de pagar los costos de su fármaco recetado como parte de una internación en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare, la Parte D de nuestro Plan cubrirá los fármacos recetados siempre que éstos cumplan con todos los requisitos de cobertura (por ejemplo, que estén en el vademécum, la farmacia del centro de enfermería especializada pertenezca a nuestra red de farmacias y que los fármacos no estén cubiertos por el beneficio médico de nuestro Plan (Parte C)). Al ingresar, vivir

o retirarse de un centro de enfermería especializada, reúne los requisitos para un período de inscripción especial, tiempo durante el cual podrá darse de baja de este Plan e inscribirse en un nuevo plan de Medicare Advantage, de fármacos recetados o de Original Medicare Plan. Consulte la [Sección 6](#) para obtener más información sobre la baja del Plan y la inscripción a un nuevo plan de Medicare.

Farmacias de atención a largo plazo (LTC)

Generalmente, los residentes de un centro de atención a largo plazo (como un centro de enfermería) pueden obtener sus fármacos recetados a través de la farmacia de atención a largo plazo (LTC) del centro u otra farmacia LTC de la red. Consulte el Directorio de Proveedores para saber si su farmacia LTC pertenece a nuestra red. En caso contrario o para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Farmacias de infusiones preparadas

El Plan cubrirá una terapia de infusiones preparadas si:

- El fármaco recetado está en el vademécum de nuestro Plan o se le ha otorgado una excepción al vademécum.
- El fármaco recetado no está cubierto de otro modo por el beneficio médico de nuestro Plan.
- Ha cumplido con todas las reglamentaciones de cobertura y el Plan ha aprobado su receta para una terapia con una infusión preparada.
- La receta ha sido completada por un proveedor autorizado.

Consulte el Directorio de Proveedores para encontrar un proveedor de infusiones preparadas en su área. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Puede recibir algunas vacunas y fármacos en el consultorio de su médico

Es posible que cubramos vacunas de naturaleza preventiva y que no cubre el beneficio médico del Plan (Parte C). Esta cobertura incluye el costo de la administración de la vacuna. Consulte la [Sección 10](#) para obtener más información sobre los costos de las vacunas cubiertas.

3. Sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro Plan

Introducción acerca de sus derechos y protecciones

Como usted tiene Medicare, también tiene ciertos derechos que lo protegen. En esta sección, le explicamos sus derechos y protecciones de Medicare como miembro de nuestro Plan y le informamos lo que puede hacer si considera que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no están siendo respetados.

Su derecho a ser tratado con dignidad, respeto y equidad

Tiene derecho a ser tratado con dignidad, respeto y equidad en todo momento. Nuestro Plan debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o el tratamiento injusto. No discriminamos a las personas por su raza, discapacidad, religión, sexo, orientación sexual, estado de salud, origen étnico, creencias, edad o nacionalidad. Si necesita ayuda para comunicarse, por ejemplo, de un intérprete de otro idioma, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. También podemos asistirlo en caso de que necesite presentar una queja acerca de las vías de acceso (por ejemplo, el acceso para sillas de rueda). También puede llamar a la oficina de Derechos Civiles al teléfono 1-800-368-1019 (servicio TTY/TDD 1-800-537-7697) o a la oficina local de Derechos Civiles.

Su derecho a la privacidad de sus registros médicos e información personal sobre su salud

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de sus registros médicos y la de la información personal sobre su salud. Protegemos la información personal sobre su salud con estas leyes. Toda la información que nos proporcione durante su inscripción al Plan se encuentra protegida. Nos aseguraremos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique sus registros. Por lo general, debemos recibir su permiso por escrito (o el de alguien que tenga poder legal para tomar decisiones por usted) antes de poder entregar la información personal sobre su salud a cualquier persona que no proporcione ni pague su asistencia médica. Existen excepciones permitidas o exigidas por ley, como la divulgación de información médica a agencias gubernamentales que se encargan de controlar la calidad de su atención. El Plan entregará su información, incluidos los datos de fármacos recetados, a Medicare, que puede entregarla con fines de investigación u otros fines que respetan las reglamentaciones y los estatutos federales que correspondan.

Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos acerca de cómo obtener información y controlar la manera en que se utilizan los datos sobre su salud. Se nos exige que le entreguemos una nota acerca de estos derechos, que explique cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud. Usted tiene derecho a revisar los registros médicos que posee el Plan y a obtener una copia de ellos (es probable que deba pagar una tarifa por las copias). También

tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos sus registros médicos (si lo hace, revisaremos su solicitud y decidiremos si los cambios son adecuados). Tiene derecho a saber cómo se ha distribuido y utilizado su información médica, con fines que no sean de rutina. Si tiene preguntas o dudas acerca de la privacidad de su información personal y sus registros médicos, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Su derecho a consultar a proveedores de la red, a recibir los servicios cubiertos y a que se completen sus recetas dentro de un plazo razonable

Como se explica en este manual, usted recibirá todos o la mayoría de la atención por parte de proveedores de la red, es decir, de médicos u otros proveedores de la salud que participan en nuestro Plan. Usted tiene derecho a elegir un proveedor de la red (le informaremos quiénes son los médicos que aceptan nuevos pacientes). Tiene derecho a asistir a un especialista en salud femenina de nuestro Plan (como un ginecólogo) sin necesidad de una canalización. Tiene derecho a acceder sin demora a los proveedores y a consultar especialistas cuando sea necesario. “Acceder sin demora” significa que puede obtener turnos y servicios dentro de un plazo razonable.

También tiene derecho a acceder sin demora a sus recetas en cualquier farmacia de la red.

Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar de las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa por parte de su médico al asistir a una consulta y a participar abiertamente en las decisiones acerca de su atención médica. Los proveedores deben explicarle de manera que pueda comprender. Sus derechos incluyen saber todas las opciones de tratamiento recomendadas para su enfermedad, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro Plan. Esto incluye el derecho de conocer los distintos programas de administración de farmacoterapia que ofrecemos y en los cuales puede participar. Tiene derecho a que le informen acerca de cualquier riesgo que implique su atención. Se le debe comunicar con anticipación si la atención médica u otro tratamiento que le proponen son parte de un experimento de investigación, dándole la opción de rechazar los tratamientos experimentales.

Tiene derecho a recibir una explicación detallada de nuestra parte si cree que un proveedor del Plan le ha denegado la atención que considera que le corresponde recibir o continuar recibiendo. En esos casos, debe solicitar una decisión inicial denominada determinación de organización o una determinación de cobertura. Las determinaciones de organización y de cobertura se analizan en la Sección 5.

Usted tiene derecho a rechazar un tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro centro médico, aún cuando su médico le aconseje lo contrario. También incluye el derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza un tratamiento, acepta la responsabilidad de lo que pueda ocurrir como resultado de ello.

Su derecho a utilizar directivas previas (como un testamento en vida o un poder)

Tiene derecho a solicitar que alguien, como un familiar o amigo, lo ayude con las decisiones acerca de su atención médica. En algunas ocasiones, una persona puede quedar inhabilitada para tomar decisiones médicas por sí sola debido a un accidente o enfermedad grave. Si lo desea, puede utilizar un formulario especial para otorgar a otra persona la autoridad legal de tomar decisiones por usted en caso de que quede inhabilitado para decidir. También tiene derecho a proporcionarles a sus médicos instrucciones por escrito acerca de cómo desea que lleven a cabo su atención médica en caso de que usted quede inhabilitado para tomar decisiones. Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por anticipado en estas situaciones se denominan “directivas previas”. Existen diferentes tipos de directivas previas y se las denomina con diferentes nombres. Los documentos llamados “testamento en vida” y “poder para atención médica” son algunos ejemplos.

Si desea hacer una directiva previa, puede solicitarle un formulario a su abogado, un trabajador social, comprarla en tiendas de suministros para oficinas o llamar al Departamento de Servicios para Miembros. En algunas ocasiones, es posible que las organizaciones que proporcionan información sobre Medicare proporcionen también los formularios de directivas previas. Sin importar dónde obtenga este formulario, recuerde que se trata de un documento legal. Debe considerar la posibilidad de solicitar a un abogado que lo ayude a prepararlo. Es importante que lo firme y guarde una copia en su casa. Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe responsable de tomar decisiones en su nombre, si usted no pudiera hacerlo. También puede entregar copias a sus amigos cercanos o familiares.

Si sabe que va a ser hospitalizado con anticipación y ha firmado una directiva previa, lleve una copia al hospital. Si es hospitalizado, le preguntarán si ha firmado una directiva previa y si la ha llevado. Si no lo hizo, el hospital tendrá formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que completar una directiva previa es decisión suya (aún si desea firmarla estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo por haber firmado o no una directiva previa. Si usted *firmó* una directiva previa y considera que un médico u hospital no siguió las instrucciones en ella, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Ohio, llamando al 1-800-669-3534.

Su derecho a recibir información acerca de nuestro Plan

Tiene derecho a que le proporcionemos información acerca de nuestro Plan. Esto incluye información acerca de nuestro estado financiero y cómo se compara nuestro Plan con otros planes de salud. Para obtener este tipo de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Su derecho a recibir información en otros formatos

Tiene derecho a recibir respuesta a sus preguntas. Nuestro Plan debe contar con personas y servicios de traducción disponibles para responder a las preguntas de beneficiarios que no hablan inglés y debe proporcionar información sobre los beneficios de manera que sea accesible y adecuada para las personas que reúnen requisitos para recibir los servicios de Medicare por una discapacidad. Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro Plan a causa del idioma o una discapacidad, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teléfonos de texto TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Su derecho a obtener información acerca nuestra red de farmacias y proveedores

Tiene derecho a recibir información acerca de nuestras farmacias y proveedores de la red, sus calificaciones y cómo les pagamos a nuestros médicos. Para obtener este tipo de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Su derecho a recibir información acerca de los fármacos recetados, atención médica o servicios médicos por la Parte C y los costos

Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte acerca de todo fármaco o atención o servicio médico de la Parte C que no esté cubierto por nuestro Plan. Le informaremos por escrito el motivo por el cual no pagamos o aprobamos un fármaco recetado o una atención o servicio médico de la Parte C, y cómo puede presentar una apelación para solicitar un cambio en nuestra decisión. Consulte la [Sección 5](#) para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación. Además, tiene derecho a recibir esta explicación aunque obtenga el fármaco recetado o la atención o servicio médico de la Parte C de una farmacia o un proveedor que no esté vinculado con nuestra organización. Además, tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte por cualquier requisito de la administración de uso, por ejemplo, sobre la terapia escalonada o la autorización previa, que posiblemente se apliquen a su Plan. Consulte el sitio Web del vademécum o llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Su derecho a presentar quejas

Tiene derecho a presentar quejas si tiene inquietudes o problemas relacionados con su cobertura o atención médica. Consulte la [Sección 4](#) y la [Sección 5](#) para obtener más información sobre las quejas. Si usted presenta una queja, tenemos la obligación de tratarlo de manera justa (es decir, no tomar represalias contra usted) por ese motivo. Tiene derecho a recibir un resumen informativo sobre las apelaciones y los reclamos que otros miembros hayan presentado contra nuestro Plan anteriormente. Para obtener este tipo de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Cómo obtener más información acerca de sus derechos

Si tiene preguntas o dudas acerca de sus derechos y protecciones, puede

1. Llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la tapa de este manual.
2. Recibir ayuda e información gratuita del Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP). La información de contacto se encuentra en la Sección 8 de este manual.
3. Visitar www.medicare.gov para ver o descargar la publicación “Your Medicare Rights & Protections” (Sus derechos y protecciones de Medicare).
4. Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teléfonos de texto TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué puede hacer si considera que fue tratado injustamente o que sus derechos no están siendo respetados?

Si considera que lo han tratado de manera injusta o que no se han respetado sus derechos, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o:

- Si considera que lo han tratado de manera injusta por su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad o religión, puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles al número 1-800-368-1019 (TTY/TDD 1-800-537-7697), o a su Oficina local de Derechos Civiles.
- Si tiene otro tipo de duda o problema relacionado con los derechos y protecciones de Medicare que se describen en esta sección, también puede recibir ayuda del SHIP.

Sus responsabilidades como miembro de nuestro Plan incluyen:

- Familiarizarse con su cobertura y las reglas que debe seguir para recibir atención como miembro. Puede utilizar este manual para conocer su cobertura, lo que debe pagar y las reglas que debe seguir. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Cómo utilizar todas sus coberturas de seguro. Si tiene una cobertura de seguro de salud o de fármacos recetados adicional además de nuestro Plan, es importante que utilice su otra cobertura en combinación con la nuestra para pagar los gastos de atención de salud o fármacos recetados. Esto se denomina “coordinación de beneficios” porque implica la coordinación de todos los beneficios de salud o fármacos que tiene disponibles.
- **Debe comunicarle a nuestro Plan si tiene una cobertura adicional de fármacos o seguro de salud. Llame al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Cuando necesite atención, debe notificarles a los proveedores (a menos que sea una emergencia) de que está inscrito en nuestro Plan y presentar la tarjeta de inscripción al Plan.
- Otorgar a su médico y a los demás proveedores la información que necesitan para atenderlo y someterse a los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus médicos acuerden. Si tiene dudas, asegúrese de preguntarles a sus médicos y demás proveedores y que ellos le expliquen su tratamiento de un modo que usted pueda entender.

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

- Actuar de manera tal que colabore con la atención proporcionada a otros pacientes y que ayude a que el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se mantengan en orden.
- Pagar sus copagos o coseguros por los servicios cubiertos. Debe pagar los servicios que no están cubiertos.
- Notificarnos si se muda. Si se muda dentro de nuestra área de servicio, debemos actualizar nuestro registro de inscripción. Si se muda fuera del área de servicio, no puede continuar siendo miembro del Plan pero podemos informarle si tenemos un plan en esa área.
- Informarnos acerca de sus dudas, preocupaciones, problemas o sugerencias. Para ello, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

4. Cómo presentar un reclamo

¿Qué es un reclamo?

Un reclamo es una queja, distinta de la que implica una solicitud para una determinación inicial o una apelación, según se describe en la Sección 5 de este manual.

Los reclamos no implican problemas relacionados con la aprobación o el pago de fármacos de la Parte D, atención o servicios médicos de la Parte C, problemas acerca del alta temprana del hospital y problemas relacionados con la finalización temprana de los servicios de un centros de enfermería especializada (SNF), agencia de atención médica a domicilio (HHA) o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).

Si no pagaremos o le proporcionaremos atención o servicios médicos de la Parte C o los fármacos de la Parte D que desea, cree que su alta del hospital o SNF se produjo antes de tiempo, o los servicios de la HHA o CORF finalizan anticipadamente, debe seguir las reglas que se describen en la Sección 5.

¿Qué tipo de problemas pueden llevarlo a presentar un reclamo?

- Problemas con los servicios proporcionados por el Departamento de Servicios para Miembros.
- Si siente que lo incentivan a abandonar (anular su inscripción de) el Plan.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no tomar una decisión “rápida” o apelación “rápida”. Estas decisiones y apelaciones rápidas se analizan en la Sección 5.
- No le informamos nuestra decisión dentro del plazo de tiempo estipulado.
- No enviamos las notificaciones requeridas.
- Considera que nuestra información y otros materiales escritos son difíciles de entender.
- Demasiado tiempo de espera para completar las recetas.
- Comportamiento descortés de algún farmacéutico u otro personal de la red.
- No reenviamos su caso a la Organización Revisora Independiente si no le damos una decisión oportunamente.
- Problemas con la calidad de la atención o servicios médicos que recibe, que incluye la calidad de la atención médica durante la internación en un hospital.
- Problemas relacionados con el tiempo de espera al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes.
- Problemas para obtener turnos cuando lo necesita, o con el tiempo que debe esperar para obtenerlos.
- Comportamiento descortés por parte de médicos, enfermeras, recepcionistas u otro personal.
- Limpieza o estado de la oficina del médico, clínicas u hospitales.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas y desea presentar una queja, esto se llama “presentación de un reclamo”.

¿Cómo puede presentar un reclamo?

Usted u otra persona pueden presentar un reclamo. La persona que usted designe será su “representante”. Puede designar a un familiar, amigo, abogado, defensor, médico o cualquier otra persona que decida por usted. Es posible que los Tribunales hayan autorizado a otra persona a actuar en su nombre, o según lo defina la ley Estatal. Si desea que alguien que no tiene autorización de los Tribunales o de la Ley actúe por usted, ambos deben firmar y fechar una declaración que le otorga el permiso legal a esa persona para ser su representante. Para obtener información sobre cómo designar a su representante, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Cómo presentar un reclamo ante nuestro Plan

Si tiene un reclamo, usted o su representante puede llamar al número de teléfono para los **Reclamos de la Parte C** (para reclamos relacionados con la atención o servicios médicos de la Parte C) o **Reclamos de la Parte D** (para reclamos relacionados con los fármacos de la Parte D) que aparecen en la Sección 8. Intentaremos resolver su queja por teléfono. Si solicita una respuesta por escrito, complete un reclamo por escrito, o si está relacionado con la calidad de la atención, le responderemos por escrito. **Si no podemos resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal de revisión de quejas. A este procedimiento lo denominamos reclamo.** Puede presentar un reclamo llamando al Departamento de Servicios para Miembros o escribiendo a la siguiente dirección:

Gateway Health Plan®
Attention: Medicare Complaints Administrator
600 Grant Street, Floor 41
Pittsburgh, PA 15219-2704

Si desea que alguien presente el reclamo por usted, debe completar y firmar un Formulario de Asignación de Representante que le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Cuando presenta un reclamo, Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM le enviará una carta de confirmación. En ella se le solicita que firme una confirmación de que ha presentado una queja. Este formulario debe devolverse a Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM antes de que se le envíe la decisión final a usted y a su representante autorizado.

El reclamo debe enviarse dentro de los 60 días del suceso o incidente. Debemos resolver su reclamo tan pronto como su caso lo requiera, según su estado de salud, pero antes de los 30 días de la recepción de su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días si usted solicita la extensión o si justificamos una necesidad de información adicional y la demora es para su beneficio. Si rechazamos su reclamo en forma total o parcial, la decisión por escrito explicará el motivo y le comunicaremos las opciones de resolución de disputas disponibles.

Si no está conforme con la decisión del Comité de Reclamos de Primer Nivel, puede solicitar una Revisión de Reclamos de Segundo Nivel. Puede presentar un Reclamo de Segundo Nivel de la misma manera que se describe arriba, dentro de los 30 días de la fecha de recepción de la carta con la decisión del Reclamo de Primer Nivel.

Una vez que Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM reciba esta solicitud, se programará una Audiencia del Comité de Reclamos de Segundo Nivel. Se le enviará una notificación con al menos 15 días de anticipación para esta audiencia. Puede participar en esta audiencia personalmente o por teléfono y debe informar al Administrador de Quejas que participará de la audiencia con al menos 5 días de anticipación. No se requiere su participación en esta audiencia. El Comité de Reclamos de Segundo Nivel investigará su reclamo y le enviará una carta con la decisión tan pronto como su caso lo requiera, según su estado de salud, pero antes de los 30 días posteriores a la recepción de su reclamo.

Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM también cuenta con un proceso para acelerar la revisión de un reclamo cuando sea necesario. Los miembros pueden presentar reclamos acelerados en las siguientes situaciones:

- Cuando Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM haya extendido el plazo para tomar una Determinación de la organización.
- Cuando Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM haya extendido su plazo para resolver una solicitud estándar para Reconsideración.
- Cuando Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM haya rechazado la solicitud de un miembro para solicitar una Determinación acelerada de la organización.
- Cuando Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM haya rechazado la solicitud de un miembro para solicitar una Reconsideración acelerada.

Las situaciones mencionadas anteriormente son las únicas en las que estará disponible la revisión acelerada de un reclamo.

Cuando se presenta un reclamo acelerado, se programará de inmediato una Audiencia de Reclamo Acelerado, dentro de las 24 horas posteriores a haber recibido la solicitud. Al igual que para los Reclamos de Segundo Nivel, puede participar en esta audiencia, pero no se requiere que lo haga. Se le notificará la decisión por teléfono dentro de las 24 horas después de haber presentado el Reclamo acelerado y se le enviará una carta explicando la decisión dentro de los siguientes 3 días.

Reclamos rápidos

En algunos casos, usted tiene derecho a solicitar un “reclamo rápido”, lo que significa que su reclamo será respondido dentro de las 24 horas. En la Sección 5 se describen las situaciones en que puede solicitar un reclamo rápido.

Por problemas de calidad de atención, también puede reclamar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).

Puede presentar quejas sobre la calidad de atención recibida por Medicare, inclusive sobre la atención durante una hospitalización. Puede presentar una queja sobre nosotros por medio del proceso de reclamos, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) o ambos. Si lo hace por medio de la QIO, debe ayudarla a resolver el reclamo. Consulte la Sección 8 para obtener más información sobre la QIO y para conocer el nombre y el número de teléfono de la QIO de su Estado.

5. Reclamos y apelaciones acerca de los fármacos recetados de la Parte D y/o atención o servicios médicos de la Parte C

Introducción

Esta sección explica cómo solicitar la cobertura de fármacos de la Parte D y/o atención o servicios médicos de la Parte C o pagos en diferentes situaciones. Aquí también encontrará información sobre cómo realizar quejas cuando cree que le dan el alta demasiado pronto, o si cree que los servicios del centro de enfermería especializada (SNF), agencia de atención médica a domicilio (HHA) o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) no tienen la duración suficiente. Estos tipos de solicitudes y quejas se analizan más abajo en la Parte 1, 2 y 3.

Otras quejas que no impliquen los tipos de solicitudes o quejas que se describen en estas partes, se consideran en la sección de **reclamos**. Presentaría un reclamo si tuviera cualquier tipo de problema con nosotros o con alguno de los proveedores de nuestra red que no se relacione con la cobertura de fármacos de la Parte D y/o atención o servicios médicos de la **Parte C**. Para obtener más información sobre reclamos, consulte la [Sección 4](#).

Parte 1. Solicitudes para fármacos de la Parte D y/o atención o servicios médicos de la Parte C o pagos.

Parte 2. Quejas en caso de considerar que fue dado de alta demasiado pronto.

Parte 3. Quejas en caso de considerar que la cobertura de los servicios en un centro de enfermería especializada (SNF), agencia de atención médica a domicilio (HHA) o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) no tiene la duración suficiente.

PARTE 1. Solicitudes para fármacos de la Parte D y/o atención o servicios médicos o pagos

En esta parte se explica lo que puede hacer si tiene problemas para recibir los fármacos de la Parte D y/o atención o servicios de la Parte C que solicitó, o pagos (incluso el monto que pagó usted) por un fármaco de la Parte D y/o atención o servicios médicos de la Parte C que ya recibió.

Si tiene problemas para recibir fármacos de la Parte D y/o atención o servicios de la Parte C que necesita, o un pago por un fármaco de la Parte D y/o atención o servicios de la Parte C que ya recibió, debe recibir una determinación inicial del Plan.

Determinaciones iniciales

La determinación inicial es el punto de inicio para el tratamiento de las solicitudes que puede tener acerca de la cobertura de un fármaco de la Parte D y/o una atención o servicio médico de la Parte C que necesite, o el pago de un fármaco de la Parte D y/o una atención o servicio médico de la Parte C que ya recibió. Las decisiones iniciales sobre los fármacos de la Parte D se denominan “**determinaciones de cobertura**”. Las relacionadas con la atención o servicios médicos de la Parte C, se denominan “**determinación de la organización**”. Con esta decisión, explicamos si proporcionaremos el fármaco de la Parte D y/o la atención o los servicios médicos de la Parte C que solicita, o el pago del fármaco de la Parte D y/o la atención o los servicios médicos de la Parte C que ya recibió.

A continuación se proporcionan ejemplos de solicitudes de determinación inicial:

- Nos solicita que pagemos un fármaco recetado que ya ha recibido.
- Solicita un fármaco de la Parte D que no forma parte de la lista de fármacos del patrocinador de su Plan (denominada “vademécum”). Ésta es una solicitud por una “excepción al vademécum”. **Consulte “¿Qué es una excepción?” para obtener más información sobre el proceso de excepciones.**
- Solicita una excepción a nuestras herramientas de administración de uso de nuestro Plan, tales como autorización previa, límites de dosis, límites de cantidades o requisitos de terapias escalonadas. La solicitud de una excepción a una herramienta de administración de uso es un tipo de excepción al vademécum. **Consulte “¿Qué es una excepción?” para obtener más información sobre el proceso de excepciones.**
- Solicita un fármaco no preferencial de la Parte D al nivel de costo compartido preferencial. Esta es una solicitud por una “excepción a la clasificación”. **Consulte “¿Qué es una excepción?” para obtener más información sobre el proceso de excepciones.**
- Nos solicita el reembolso del costo de un fármaco que compró en una farmacia que no pertenece a la red. En determinadas circunstancias, las compras en farmacias externas a la red, incluidos los fármacos proporcionados en el consultorio médico, estarán cubiertos por el Plan. Consulte “Cómo completar recetas fuera de la red” en la Sección 2 para obtener una descripción de estas circunstancias.
- No le proporcionan la atención o los servicios de la Parte C que necesita y cree que está cubierto por el Plan.
- No autorizaremos el tratamiento médico que su médico u otro proveedor médico le indica y cree que este tratamiento está cubierto por el Plan.
- Le notifican que un tratamiento o servicio médico que ha estado recibiendo serán reducidos o finalizarán y cree que esto podría perjudicar su salud.
- Ha recibido atención o servicios médicos de la Parte C que cree que debe cubrir el Plan, pero hemos rechazado su cobertura.

¿Qué es una excepción?

Una excepción es un tipo de determinación inicial (también denominada “determinación de cobertura”) que implica un fármaco de la Parte D. Usted o su médico puede solicitar una excepción a nuestras reglamentaciones de cobertura en algunas situaciones.

- Puede solicitarnos que cubramos un fármaco de la Parte D, incluso si éste no se encuentra en nuestro vademécum. Los fármacos no incluidos no puede cubrirlos el plan Parte D, a menos que la cobertura se realice a través de un plan mejorado que cubra estos fármacos excluidos.
- Puede solicitarnos la anulación de las restricciones o de los límites de cobertura para el fármaco de la Parte D. Por ejemplo, limitamos la cobertura en la cantidad de determinados fármacos de la Parte D. Si el que necesita tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos la anulación del límite y una mayor cobertura. Consulte la [Sección 2](#) (“Administración de uso”) para obtener más información sobre nuestras restricciones de cobertura adicional o los límites en determinados fármacos”.
- Puede solicitarnos un mayor nivel de cobertura para su fármaco Parte D. Si pertenece al nivel 4 (Especial), puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido que se aplica a los fármacos del Nivel 2 (Marca de preferencia) o 3 (Marca), en su lugar. Esto debería disminuir el monto de copago que tiene que pagar por el fármaco de la Parte D. Tenga en cuenta que si accedemos a su solicitud de cobertura de un fármaco de la Parte D que no se incluye en el vademécum, no puede solicitarnos un mayor nivel de cobertura.

Generalmente, sólo aprobaremos su solicitud de una excepción si los fármacos de la Parte D alternativos incluidos en el vademécum del Plan o el fármaco de la Parte D del nivel de preferencia no fueran eficaces en el tratamiento de su afección y/o tuvieran efectos adversos en su salud.

Su médico debe presentar una declaración que respalde su solicitud de excepción. Para contribuir a la rapidez de en nuestra decisión, debe enviarnos la información médica de respaldo de su médico junto con la solicitud de excepción.

Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación es válida para el resto del año del Plan, siempre y cuando el médico continúe recetándole el fármaco de la Parte D y esto continúe siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Nota: si aprobamos su solicitud de excepción por un fármaco de la Parte D que no se encuentra en el vademécum, no puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que solicitamos que pague por el fármaco.

Puede llamarnos al número de teléfono que aparece en **Determinación de cobertura Parte D** en la [Sección 8](#) de este manual para solicitar este tipo de decisión.

¿Quién puede solicitar una determinación inicial?

Usted, el médico que receta o alguien que usted designe pueden solicitarnos una determinación inicial. La persona que designe será su “representante designado”. Puede designar a un familiar, amigo, abogado, médico o cualquier otro que lo haga por usted. Es posible que haya otras personas que ya estén autorizadas por la ley estatal para actuar por usted. Si desea que alguien que no tiene autorización de la Ley actúe por usted, ambos deben firmar y fechar una declaración que le otorga el permiso legal a esa persona para ser su representante designado. Si solicita atención o servicios médicos de la Parte C, debe enviarnos esta declaración a la dirección o por fax al número que aparecen en “**Determinación de la organización Parte C**” en la Sección 8. Si solicita fármacos de la Parte D, debe enviarnos esta declaración a la dirección o por fax al número que aparece en “**Determinaciones de cobertura de la Parte D**” en la Sección 8. Para obtener información sobre cómo designar un representante, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

También tiene derecho a que un abogado actúe en su nombre. Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado a través del colegio de abogados u otro servicio de referencia local. También existen grupos que le proporcionarán asesoramiento legal gratuito si cumple con los requisitos necesarios.

Solicitud de una determinación inicial “estándar” o “rápida”

La decisión sobre si le proporcionaremos, o pagaremos, el fármaco de la Parte D y/o atención o servicio médico de la Parte C que solicita puede ser una decisión “estándar”, determinada en un plazo estándar, o una decisión “rápida”, que se decide con más urgencia. A las decisiones rápidas además se las denomina decisión “acelerada”.

Solicitud de una decisión estándar

Para solicitar una decisión estándar para un fármaco de la Parte D y/o atención o servicios médicos de la Parte C, usted, su médico o representante deben llamar, enviar por fax o escribirnos a los números o la dirección que aparecen en **Determinaciones de cobertura Parte D** (para apelaciones relacionadas con fármacos de la Parte D) o en **Determinaciones de la organización Parte C** (para apelaciones relacionadas con la atención o servicios médicos de la Parte C) en la Sección 8.

Solicitud de una decisión rápida

Podrá solicitar una decisión rápida **sólo** si usted o alguno de sus médicos considera que esperar a una decisión estándar podría tener consecuencias sobre su salud o su capacidad física. (Las decisiones rápidas sólo corresponden para solicitudes de beneficios que aún no ha recibido. No puede obtener una decisión rápida si solicita que le paguemos un beneficio que ya recibió.)

Si solicita un fármaco de la Parte D y/o atención o servicios médicos de la Parte C que no ha recibido aún, usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión rápida. Para ello puede llamar, enviar un fax o escribirnos a los números o la dirección que aparece en

Determinaciones de cobertura Parte D (para apelaciones relacionadas con fármacos de la Parte D) o en **Determinaciones de la organización Parte C** (para apelaciones relacionadas con la atención o servicios médicos de la Parte C) en la Sección 8.

Asegúrese de solicitar la revisión “rápida” o “acelerada”. Si su médico solicita una decisión rápida por usted, o lo respalda en su solicitud, y especifica que esperar una decisión estándar podría tener consecuencias sobre su salud o capacidad física, le otorgaremos una decisión rápida automáticamente.

Si solicita una decisión rápida sin el respaldo de un médico, nosotros determinaremos si su estado de salud requiere una decisión rápida. Si decidimos que su estado de salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta informándole que, de obtener el respaldo de un médico en su pedido de revisión rápida, se la otorgaremos automáticamente. En la carta también se le informará acerca de cómo presentar un “reclamo rápido”. Tiene derecho a presentar un reclamo rápido si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud para una revisión rápida (para obtener más información sobre los reclamos rápidos, consulte la Sección 4). Si rechazamos su solicitud para una decisión inicial rápida, le otorgaremos una decisión estándar.

¿Qué ocurre cuando solicita una determinación inicial?

- Para solicitar una determinación inicial estándar sobre un fármaco Parte D (que incluye una solicitud de reembolso de un fármaco Parte D ya recibido).

En general, debemos proporcionarle una decisión antes de 72 horas de recibir su solicitud, pero lo haremos antes si solicita un fármaco de la Parte D que aún no ha recibido y su salud lo requiere. Sin embargo, si su solicitud incluye una solicitud de excepción (incluso una excepción al vademécum, excepción de clasificación o excepción de reglamentación de gerencia de utilización, tales como límites de dosis o cantidad o requisitos de terapia escalonada), debemos informarle nuestra decisión en un plazo no mayor a las 72 horas después de haber recibido la “declaración de respaldo” de su médico, que explica por qué el fármaco que solicita es necesario desde el punto de vista médico.

Si no ha recibido una respuesta nuestra dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del médico si su solicitud implica una excepción), su solicitud automáticamente se derivará al Nivel de Apelaciones 2.

- Para solicitar una determinación inicial rápida sobre un fármaco de la Parte D que no ha recibido.

Si realizamos una revisión rápida, le informaremos nuestra decisión dentro de las 24 horas después de que usted o su médico soliciten esa revisión rápida. Le informaremos la decisión antes si su estado de salud así lo requiere. Si su solicitud implica una solicitud de excepción, le informaremos nuestra decisión antes de las 24 horas después de haber recibido la “declaración de respaldo” de su médico, que explica por qué el fármaco que solicita es necesario desde el punto de vista médico.

Si decidimos que reúne los requisitos para recibir una revisión rápida y no ha recibido una respuesta nuestra dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del médico si su solicitud implica una excepción), su solicitud automáticamente se derivará al Nivel de Apelaciones 2.

- Para solicitar una decisión sobre el pago de una atención o servicios médicos de la Parte C que ya recibió.

Si no necesitamos más información para tomar una decisión, tenemos hasta 30 días para hacerlo después de recibir su solicitud, aunque en algunos pocos casos, se puede requerir más tiempo. Sin embargo, si necesitamos más información para tomar una decisión, tenemos hasta 60 días desde la fecha de recepción de su solicitud. Al tomar una decisión, se lo notificaremos por escrito.

Si no ha recibido respuesta dentro de los 60 días de habernos enviado su solicitud, tiene derecho a apelar.

- Para solicitar una decisión estándar sobre una atención o servicios médicos de la Parte C que aún no ha recibido.

Tenemos 14 días para tomar una decisión después de recibir su solicitud. No obstante, podemos extendernos hasta 14 días adicionales si nos solicita tiempo adicional, o si necesitamos más información (tal como registros médicos) que pudiera beneficiarlo. Si no extendemos, se lo notificaremos por escrito. Si considera que no deberíamos demorar días adicionales, puede presentar una queja específica que se denomina “reclamo rápido”. Para obtener más información sobre los reclamos rápidos, consulte la Sección 4.

Si no ha recibido respuesta dentro de los 14 días de su solicitud (o al finalizar el plazo extendido), tiene derecho a apelar.

- Para solicitar una decisión rápida sobre una atención o servicios médicos de la Parte C que aún no ha recibido.

Si recibe una decisión “rápida”, le proporcionaremos nuestra decisión sobre la atención o los servicios médicos dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud. No obstante, podemos extendernos hasta 14 días más para tomar una decisión, si encontramos que falta información que podría beneficiarlo o si usted necesita más tiempo para prepararse para esta revisión. Si no extendemos, se lo notificaremos por escrito. Si considera que no deberíamos extendernos, puede presentar un reclamo rápido. Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.

Si no le informamos nuestra decisión en 72 horas (o antes de que finalice cualquier plazo de extensión), tiene derecho a apelar. Si rechazamos su solicitud de decisión rápida, podrá presentar un “reclamo rápido”. Para obtener más información sobre los reclamos rápidos, consulte la Sección 4.

¿Qué ocurre si decidimos completamente a su favor?

- Para solicitar una decisión estándar sobre un fármaco de la Parte D (que incluye una solicitud de reembolso de un fármaco Parte D ya recibido).

Debemos cubrir el fármaco de la Parte D que ha solicitado tan pronto como su salud lo requiera, pero en un plazo no mayor a las 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si su solicitud incluye una solicitud para una excepción, debemos cubrir el fármaco de la Parte D solicitado en un plazo no mayor a las 72 horas después de haber recibido la "declaración de respaldo" de su médico. Si solicita el reembolso de un fármaco de la Parte D que usted ya pagó y recibió, debemos enviarle el pago en un plazo no mayor a 30 días después de haber recibido su solicitud (o la declaración de respaldo si su solicitud implica una excepción).

- Para solicitar una decisión rápida sobre un fármaco de la Parte D que aún no ha recibido.

Debemos cubrir el fármaco de la Parte D que ha solicitado antes de las 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si su solicitud incluye una solicitud para una excepción, debemos cubrir el fármaco de la Parte D solicitado en un plazo no mayor a las 24 horas después de haber recibido la "declaración de respaldo" de su médico.

- Para solicitar una decisión sobre el pago de una atención o servicios médicos de la Parte C que ya recibió.

En general, debemos enviarle el pago antes de los 30 días después de recibir su solicitud, aunque algunas pocas decisiones pueden tomar hasta 60 días. Si necesitamos más información para tomar una decisión, tenemos hasta 60 días desde la fecha de recepción de su solicitud para realizar el pago.

- Para solicitar una decisión estándar sobre una atención o servicios médicos de la Parte C que aún no ha recibido.

Debemos autorizar o proporcionar la atención solicitada dentro de los 14 días de recibida su solicitud. Si extendemos el tiempo que necesitamos para tomar una decisión, autorizaremos o le proporcionaremos la atención médica antes de que se cumpla el período de extensión.

- Para solicitar una decisión rápida sobre una atención o servicios médicos de la Parte C que aún no ha recibido.

Debemos autorizar o proporcionar la atención solicitada dentro de las 72 horas de recibida su solicitud. Si extendemos el tiempo que necesitamos para tomar una decisión, autorizaremos o le proporcionaremos la atención médica antes de que se cumpla el período de extensión.

¿Qué ocurre si la decisión es desfavorable?

Si nuestra decisión no es favorable, le enviaremos una decisión por escrito explicando el motivo del rechazo a su solicitud. Si una determinación inicial no le otorga todo lo que usted solicitó, tiene derecho a apelar la decisión. (Consulte **Nivel de Apelación 1**).

Nivel de Apelación 1: apelación al Plan

Puede pedirnos que revisemos nuestra determinación inicial, incluso si sólo rechazamos una parte de lo solicitado. La apelación al Plan acerca de un fármaco de la Parte D también se denomina “**redeterminación**” del plan. La apelación al Plan sobre una atención o servicios médicos de la **Parte C** también se denomina “**reconsideración**” del plan. Cuando recibimos la solicitud para revisar la determinación inicial, entregamos la solicitud a personas en nuestra organización que no estuvieron involucrados en la determinación inicial. Esto ayuda a garantizar que su solicitud se analizará desde una nueva perspectiva.

¿Quién puede presentar su apelación de la determinación inicial?

Si apela una decisión inicial sobre un fármaco de la Parte D, usted o su representante pueden presentar una solicitud de **apelación estándar** o usted, su representante o su médico pueden presentar una solicitud de **apelación rápida**. Consulte “¿Quién puede solicitar una determinación inicial?” para obtener información sobre la designación de un representante.

Si apela una decisión inicial sobre una atención o servicios médicos de la Parte C, las reglas sobre quién puede presentar una apelación son las mismas que para solicitar una determinación de la organización. Siga las instrucciones de “¿Quién puede solicitar una determinación inicial?”. Sin embargo, los proveedores que no tienen contrato con el Plan también pueden apelar la decisión de un pago siempre que firmen una declaración de “renuncia de pago” donde manifiesten que no le pedirán a usted que pague por la atención o servicios médicos de la Parte C en revisión, independientemente del resultado de la apelación.

¿Con qué rapidez debe presentar su recurso de apelación?

Debe presentar la solicitud de apelación dentro de los 60 días corridos a partir de la fecha incluida en la notificación de la determinación inicial. Podemos otorgarle más tiempo si tiene un buen motivo para no cumplir con la fecha límite.

Cómo presentar su apelación

1. Solicitud de apelación estándar

Para solicitar una apelación estándar sobre un fármaco de la Parte D y/o una atención o servicios médicos de la Parte C, debe enviar una apelación por escrito y firmada a la dirección que aparece en **Apelaciones Parte D** (para apelaciones sobre fármacos de la Parte D) y/o **Apelaciones Parte C** (para apelaciones sobre atención o servicios médicos de la Parte C) en la Sección 8. También puede solicitar una apelación estándar por teléfono, al número que aparece en **Apelaciones Parte D** (para apelaciones sobre fármacos de la Parte D) y/o **Apelaciones Parte C** (para apelaciones sobre atención o servicios médicos de la Parte C) en la Sección 8.

2. Solicitud de una apelación rápida

Si su apelación se refiere a una decisión tomada sobre el otorgamiento de un fármaco Parte D y/o atención o servicios médicos de la Parte C que todavía no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir primero si necesita una apelación rápida. Las reglas para solicitar por una apelación rápida son las mismas reglas que para solicitar una determinación de cobertura inicial rápida. Usted, su médico o su representante pueden solicitar una apelación estándar por teléfono, por fax o por carta al número o la dirección que aparecen en **Apelaciones Parte D** (para apelaciones sobre fármacos de la Parte D) y/o **Apelaciones Parte C** (para apelaciones sobre atención o servicios médicos de Parte C) en la Sección 8.

Asegúrese de solicitar la revisión “rápida” o “acelerada”. Recuerde que si el médico que receta le proporciona una declaración escrita u oral de respaldo que explique que usted necesita una apelación rápida, se le otorgará automáticamente una apelación rápida. Si solicita una decisión rápida sin el respaldo de un médico, nosotros determinaremos si su estado de salud requiere una decisión rápida. Si decidimos que su estado de salud no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta informándole que, de obtener el respaldo de un médico en su pedido de revisión rápida, se la otorgaremos automáticamente. En la carta también se le informará acerca de cómo presentar un “reclamo rápido”. Tiene derecho a presentar un reclamo rápido si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud para una revisión rápida (para obtener más información sobre los reclamos rápidos, consulte la Sección 4). Si rechazamos su solicitud de apelación rápida, le otorgaremos una apelación estándar.

Información para respaldar su apelación

Debemos reunir toda la información que necesitemos para tomar una decisión acerca de su apelación. Si necesitamos su ayuda para reunir esta información, nos comunicaremos con usted. Tiene derecho a obtener e incluir información adicional como parte de su apelación. Por ejemplo, puede tener documentos relacionados con su solicitud, o puede que desee obtener los registros o la opinión de su médico para ayudarlo a respaldar su solicitud. Es posible que deba entregarle al médico una solicitud por escrito para obtener información.

Puede proporcionar información adicional para respaldar su apelación estándar por teléfono, por fax o por carta al número o la dirección que aparecen en **Apelaciones Parte D** (para apelaciones sobre fármacos de la Parte D) y/o **Apelaciones Parte C** (para apelaciones sobre atención o servicios médicos de Parte C) en la Sección 8.

También puede proporcionar información adicional personalmente en la dirección que aparece en **Apelaciones Parte D** (para apelaciones sobre fármacos de la Parte D) y/o **Apelaciones Parte C** (para apelaciones sobre atención o servicios médicos de Parte C) en la Sección 8.

También tiene derecho a solicitarnos una copia de algún documento relacionado con su apelación. Puede llamar o escribir al teléfono o la dirección que aparece en **Apelaciones Parte D** (para apelaciones sobre fármacos de la Parte D) y/o **Apelaciones Parte C** (para apelaciones sobre atención o servicios médicos de Parte C) en la Sección 8.

¿Con qué rapidez debemos decidir sobre su apelación?

- Para solicitar una decisión estándar sobre un fármaco Parte D que incluye una solicitud de reembolso de un fármaco Parte D ya pagado y recibido.

Le informaremos nuestra decisión dentro de los siete días de haber recibido la solicitud de apelación. Le informaremos la decisión antes si no ha recibido el fármaco y su estado de salud así lo requiere. Si no le comunicamos nuestra decisión dentro de los siete días corridos, su solicitud automáticamente pasará al Nivel de Apelación 2.

- Para solicitar una decisión rápida sobre un fármaco de la Parte D que aún no ha recibido.

Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas de haber recibido la solicitud de apelación. Le informaremos la decisión antes si su estado de salud así lo requiere. Si no le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas, su solicitud automáticamente pasará al Nivel de Apelación 2.

- Para solicitar una decisión sobre el pago de una atención o servicios médicos de la Parte C que ya recibió.

Después de recibida su apelación, contamos con 60 días para tomar una decisión. Si no decidimos dentro de los 60 días, su apelación pasa automáticamente al Nivel de Apelación 2.

- Para solicitar una decisión estándar sobre una atención o servicios médicos de la Parte C que aún no ha recibido.

Después de recibida su apelación, contamos con 30 días para tomar una decisión, aunque decidiremos lo antes posible si su estado de salud lo requiere. No obstante, si solicita más tiempo o si encontramos que falta información útil que podría beneficiarlo, podemos extendernos hasta 14 días para tomar una decisión. Si no le informamos nuestra decisión dentro de los 30 días (o antes de finalizar el plazo de extensión), su solicitud pasará automáticamente al Nivel de Apelación 2.

- Para solicitar una decisión rápida sobre una atención o servicios médicos de la Parte C que aún no ha recibido.

Después de recibida su apelación, contamos con 72 horas para tomar una decisión, aunque decidiremos lo antes posible si su estado de salud lo requiere. No obstante, si solicita más tiempo o si encontramos que falta información útil que podría beneficiarlo, podemos extendernos hasta 14 días para tomar una decisión. Si no le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas (o antes de finalizar el plazo de extensión), su solicitud pasará automáticamente al Nivel de Apelación 2.

¿Qué ocurre si decidimos completamente a su favor?

- Para solicitar una decisión estándar sobre un fármaco de la Parte D (que incluye una solicitud de reembolso de un fármaco Parte D ya recibido).

Debemos cubrir el fármaco de la Parte D que ha solicitado tan pronto como su salud lo requiera, pero en un plazo no mayor a 7 días corridos después de haber recibido su solicitud. Si solicita el reembolso de un fármaco que usted ya pagó y recibió, debemos enviarle el pago en un plazo no mayor a 30 días después de haber recibido su solicitud.

- Para solicitar una decisión rápida sobre un fármaco de la Parte D que aún no ha recibido.

Debemos cubrir el fármaco de la Parte D que ha solicitado antes de las 72 horas después de haber recibido su solicitud.

- Para solicitar una decisión sobre el pago de una atención o servicios médicos de Parte C que ya recibió.

Debemos pagarle dentro de los 60 días de haber recibido la solicitud de la apelación.

- Para solicitar una decisión estándar sobre una atención o servicios médicos de Parte C que aún no ha recibido.

Debemos autorizar o proporcionar la atención solicitada dentro de los 30 días de recibida su solicitud de apelación. Si extendemos el tiempo que necesitamos para tomar una decisión, autorizaremos o le proporcionaremos la atención solicitada antes de que se cumpla el período de extensión.

- Para solicitar una decisión rápida sobre una atención o servicios médicos de la Parte C que aún no ha recibido.

Debemos autorizar o proporcionar la atención solicitada dentro de las 72 horas de recibida su solicitud de apelación. Si extendemos el tiempo que necesitamos para tomar una decisión, autorizaremos o le proporcionaremos la atención solicitada antes de que se cumpla el período de extensión.

Nivel de Apelación 2: Organización Revisora Independiente (IRE)

En el segundo nivel de apelación, su apelación recibe una nueva revisión por parte de una Organización Revisora Independiente (IRE) y externa que tiene un contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia gubernamental que está a cargo del programa Medicare. IRE no tiene ninguna conexión con nosotros. Tiene derecho a solicitar una copia del archivo de caso que enviamos a esta organización.

Cómo presentar su apelación

Si solicitó fármacos de la Parte D o el pago de fármacos de la Parte D y no lo aprobamos completamente en el Nivel de Apelación 1, puede presentar una apelación ante el IRE. Si opta por hacerlo, debe enviar la solicitud a la IRE. La decisión que reciba del Plan (Nivel de Apelación 1) le dirá cómo presentar esta apelación, incluso a quién dirigirse y en qué tiempo debe hacerlo.

Si solicitó atención o servicios médicos de la Parte C o el pago de atención o servicios médicos de la Parte C y no lo aprobamos por completo en el Nivel de Apelación 1, su apelación se enviará automáticamente a la IRE.

¿Cuál es el tiempo de decisión de la IRE?

La IRE tiene los mismos plazos para tomar sus decisiones que el plan en el **Nivel de Apelación 1**.

Si la IRE decide completamente a su favor:

La IRE le comunicará su decisión y los motivos por escrito.

- Para la decisión sobre el reembolso de un fármaco de la Parte D que ya pagó y recibió, debemos enviarle el pago dentro de los 30 días corridos de la fecha en que recibamos la nota para revertir nuestra decisión.
- Para una decisión estándar sobre un fármaco de la Parte D que aún no ha recibido, debemos cubrirlo dentro de las 72 horas desde la fecha que recibamos la nota para revertir nuestra decisión.
- Para una decisión rápida sobre un fármaco de la Parte D que aún no ha recibido, debemos cubrirlo dentro de las 24 horas desde la fecha que recibamos la nota para revertir nuestra decisión.
- Para una decisión sobre el pago de una atención o servicios médicos de la Parte C que ya recibió, debemos pagarle dentro de los 30 de la fecha que recibamos la nota para revertir nuestra decisión.
- Para una decisión estándar sobre una atención o servicios médicos de la Parte C que aún no ha recibido, debemos autorizarlo dentro de las 72 horas o proporcionarlo dentro de los 14 días después de recibir la nota para revertir nuestra decisión.
- Para una decisión rápida sobre una atención o servicios médicos de la Parte C, debemos autorizarlo o proporcionarlo dentro de las 72 horas después de recibir la nota para revertir nuestra decisión.

Nivel de Apelación 3: Juez de derecho administrativo (ALJ)

Si la IRE no decide completamente a su favor, usted o su representante pueden solicitar una revisión de parte de un juez de derecho administrativo (ALJ) en caso de que el valor en dólares estadounidenses del fármaco de la Parte D y/o la atención o servicio médico de la Parte C que solicitó cumple con el mínimo requisito establecido en la decisión de la IRE. Durante la revisión del ALJ, usted puede presentar evidencia, revisar el registro (ya sea mediante la recepción de la copia del archivo o accediendo al archivo en persona cuando sea factible) y ser representado por un asesor.

Cómo presentar su apelación

La solicitud de apelación se debe presentar ante un ALJ dentro de los 60 días corridos a partir de la fecha en que recibió la notificación de la decisión de la IRE (Nivel de Apelación 2). El ALJ puede otorgarle más tiempo si tiene un buen motivo para no cumplir con la fecha límite. La decisión que reciba de la IRE le comunicará cómo presentar esta apelación, incluso ante quién hacerlo.

El ALJ no revisará su apelación si el valor en dólares del fármaco de la Parte D y/o atención o servicio médico de la Parte C no cumple con el requisito mínimo especificado en la decisión de la IRE. Si el valor es menor al mínimo requerido, no podrá apelar más.

¿Con qué rapidez el juez toma una decisión?

El ALJ oír su caso, considerará toda la evidencia y tomará una decisión lo antes posible.

Si el juez decide a su favor:

Consulte la sección “**Decisiones favorables del ALJ, MAC o Juez del Tribunal Federal**” para obtener información sobre lo que debemos hacer si nuestra decisión de rechazar su solicitud es revertida por un ALJ.

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

Si el ALJ no decide completamente a su favor, usted o su representante pueden solicitar una revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC).

Cómo presentar su apelación

La solicitud de apelación se debe presentar ante el MAC dentro de los 60 días corridos a partir de la fecha en que recibió la notificación de la decisión del ALJ (Nivel de Apelación 3). La MAC puede otorgarle más tiempo si tiene un buen motivo para no cumplir con la fecha límite. La decisión que reciba del ALJ le comunicará cómo presentar esta apelación, incluso ante quién hacerlo.

¿Con qué rapidez tomará una decisión el Consejo?

El MAC decidirá primero si revisa o no su caso (no revisa todos los casos que recibe). Si lo hace, tomará una decisión lo antes posible. Si decide no revisarlo, puede solicitar una revisión por parte de un Juez del Tribunal Federal (consulte Nivel de Apelación 5). El MAC emitirá una notificación escrita donde se explicará la decisión tomada. En ella le informará cómo solicitar una revisión por parte de un Juez del Tribunal Federal.

Si el Consejo decide a su favor:

Consulte la sección “**Decisiones favorables del ALJ, MAC o Juez del Tribunal Federal**” para obtener información sobre lo que debemos hacer si nuestra decisión de rechazar su solicitud es revertida por el MAC.

Nivel de Apelación 5: Tribunal Federal

Usted tiene derecho a continuar su apelación solicitando una revisión de su caso a un Juez de un Tribunal Federal si el monto en cuestión cumple con los requisitos mínimos que se especifica en la decisión del Consejo de Apelaciones de Medicare, si recibió una decisión de éste (Nivel de Apelación 4) y:

- la decisión no lo favorece por completo, o
- la decisión le informa que el MAC decidió no revisar su solicitud de apelación.

Cómo presentar su apelación

Para solicitar la revisión judicial de su caso, debe presentar una acción civil en un tribunal de distrito de los Estados Unidos dentro de los 60 días corridos después de la fecha de notificación de la decisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (Nivel de Apelación 4). La carta que reciba del Consejo de Apelaciones de Medicare le explicará cómo solicitar esta revisión, incluso ante quién hacerlo.

El Tribunal Federal no revisará su apelación si el valor en dólares del fármaco de la Parte D y/o atención o servicio médico de la Parte C no cumple con el requisito mínimo especificado en la decisión del MAC.

¿Con qué rapidez el juez toma una decisión?

El Juez del Tribunal Federal decidirá primero si revisa o no su caso. Si lo hace, la decisión se tomará de conformidad con las reglamentaciones que establezca el poder judicial.

Si el juez decide a su favor:

Consulte la sección “**Decisiones favorables del ALJ, MAC o Juez del Tribunal Federal**” para obtener información sobre lo que debemos hacer si nuestra decisión de rechazar su solicitud es revertida por un Juez del Tribunal Federal.

Si el juez decide en su contra:

Puede tener otros derechos de apelación ante los Tribunales Federales. Consulte la decisión del Juez para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Decisiones favorables del ALJ, MAC o un Juez del Tribunal Federal

Esta sección explica lo que debemos hacer si nuestra decisión inicial de rechazar su solicitud es revertida por el ALJ, MAC o un Juez del Tribunal Federal.

- Para la decisión sobre el reembolso de un fármaco de la Parte D que ya pagó y recibió, debemos enviarle el pago dentro de los 30 días corridos de la fecha en que recibamos la nota para revertir nuestra decisión.
- Para una decisión estándar sobre un fármaco de la Parte D que aún no ha recibido, debemos cubrirlo dentro de las 72 horas desde la fecha que recibamos la nota para revertir nuestra decisión.
- Para una decisión rápida sobre un fármaco de la Parte D que aún no ha recibido, debemos cubrirlo dentro de las 24 horas desde la fecha que recibamos la nota para revertir nuestra decisión.
- Para una decisión sobre una atención o servicios médicos de la Parte C, debemos pagar, autorizar o proporcionarlo dentro de los 60 días de la fecha que recibamos la decisión.

PARTE 2. Quejas (apelaciones) en caso de considerar que fue dado de alta muy pronto del hospital

Cuando lo admiten en un hospital, tiene derecho a recibir toda la atención hospitalaria cubierta por el Plan que necesite para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. El día en que deba abandonar el hospital (su fecha de alta) se determinará cuando su hospitalización ya no sea necesaria desde el punto de vista médico. Esta parte explica qué hacer si considera que le han dado el alta muy pronto.

Información que debe recibir durante su internación hospitalaria

Dentro de los dos días de admisión como paciente hospitalizado o durante la preadmisión, algún empleado del hospital debe proporcionarle una nota denominada Mensaje importante de Medicare (llame al Departamento de Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para recibir una nota de muestra o véala en línea en <http://www.cms.hhs.gov/BNI>). En esta notificación encontrará:

- Su derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que sean necesarios, a cargo del Plan (excepto en el caso de cualquier copago o deducible que correspondan).
- Su derecho a participar en las decisiones que tome el hospital, su médico u otras personas en cuanto a los servicios hospitalarios y la persona encargada de pagarlos.

- Su derecho a recibir los servicios necesarios después de abandonar el hospital.
- Su derecho a apelar una decisión relacionada con el alta y a que nosotros paguemos los servicios hospitalarios durante la apelación (excepto en el caso de copagos o deducibles que correspondan).

Usted (o su representante) deberán firmar la Información importante de Medicare para demostrar que ha recibido y entendido dicha notificación. **Firmar la notificación no implica que acepta que la cobertura de sus servicios finalice, solamente implica que recibió y comprendió la notificación.** Si el hospital le entrega la Información importante de Medicare más de 2 días antes del día del alta, debe darle una copia firmada de la Información importante de Medicare antes de que se programe la fecha del alta.

Revisión de su alta hospitalaria por parte de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Tiene derecho a solicitar la revisión de su alta hospitalaria. Puede solicitar que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) revise si le están dando el alta demasiado pronto.

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

“QIO” es la sigla en inglés de Quality Improvement Organization (Organización para el Mejoramiento de la Calidad). La QIO consiste en un grupo de médicos y expertos en salud sustentados por el gobierno federal que se encargan de controlar y ayudar a mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Ellos no forman parte del Plan ni del hospital. Existe una QIO en cada estado. En Ohio, la QIO es Ohio KePro. Los médicos y expertos en salud de Ohio KePro revisan ciertos tipos de quejas de los pacientes de Medicare. Entre ellas se incluyen las de los pacientes de Medicare que consideran que la hospitalización no tuvo la suficiente duración.

Solicitud para que la QIO revise el alta hospitalaria

Debe comunicarse de inmediato con la QIO. En la Información importante de Medicare figura el nombre y el número de teléfono de la QIO y además le informa qué debe hacer.

- Debe solicitar una **“revisión rápida”** del alta. Esta “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata”.
- Debe solicitar una revisión por parte la QIO antes del día programado para el alta hospitalaria. **Si cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital después de la fecha de alta sin tener que pagar, mientras espera la decisión de la QIO.**
- La QIO revisará la información médica que le proporcionemos nosotros y el hospital.
- Durante este proceso, le entregaremos una notificación, denominada Notificación detallada del alta, con los motivos por los cuales consideramos que la fecha del alta hospitalaria es adecuada desde el punto de vista médico. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 – Los usuarios de TTY deben llamar al 1-

877-486-2048) para recibir una nota de muestra o véala en línea en <http://www.cms.hhs.gov/BNI>).

- La QIO tomará una decisión, durante el día posterior a la recepción de la información médica necesaria, en cuanto a si la fecha programada para el alta es adecuada desde el punto de vista médico.

¿Qué ocurre si la QIO decide a su favor?

Continuaremos la cobertura de su estadía hospitalaria (excepto los copagos o deducible aplicables) mientras se considere necesario desde el punto de vista médico y que no haya excedido las limitaciones de cobertura del Plan, según se describe en la Sección 10.

¿Qué sucede si la QIO está de acuerdo con el alta?

Usted no será responsable de los costos hospitalarios hasta el mediodía del día posterior a que la QIO le comunica su decisión. No obstante, podría ser responsable de los costos por servicios de hospitalización prestados después de ese momento. Usted puede abandonar el hospital en ese momento o antes y evitar cualquier responsabilidad económica posible.

Si permanece en el hospital, aún tiene la posibilidad de solicitar que la QIO revise su primera decisión, si lo solicita dentro de los 60 días de haber recibido la primera negación de su solicitud. No obstante, podría ser responsable de los costos por los servicios de hospitalización prestados después del mediodía del día posterior a que la QIO le comunique su primera decisión.

¿Qué sucede si apela la decisión de la QIO?

La QIO tiene 14 días para decidir si mantiene su decisión original o si acepta que usted pueda continuar recibiendo atención durante la hospitalización. Si la QIO acepta que su atención debe continuar, debemos pagar o reembolsarle toda atención que haya recibido desde la fecha del alta que aparece en la Notificación detallada del alta y proporcionarle atención hospitalaria (excepto los copagos o deducibles aplicables) mientras sea necesario desde el punto de vista médico y no exceda las limitaciones de cobertura de nuestro Plan, según se describe en la Sección 10.

Si la QIO mantiene su decisión original, puede apelar esa decisión ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ). Consulte el Nivel de Apelación 3 de la Parte 1 de esta sección para obtener ayuda sobre la apelación ante un ALJ. Si el ALJ mantiene la decisión, también puede solicitar una revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC) o del Tribunal Federal. Si alguno de ellos acepta que su internación debe continuar, debemos pagar o reembolsarle toda atención que haya recibido desde la fecha del alta que aparece en la Notificación detallada del alta y proporcionarle atención hospitalaria (excepto los copagos o deducibles aplicables) mientras sea necesario desde el punto de vista médico y no exceda las limitaciones de cobertura de nuestro Plan, según se describe en la Sección 10.

¿Qué ocurre si no solicita una revisión de la QIO antes de la fecha límite?

Si no solicita una revisión rápida de su alta hospitalaria a la QIO antes de la fecha límite, puede solicitarnos una “apelación rápida” de su alta, que se analiza en la Parte 1 de esta sección. Si nos solicita una apelación rápida y permanece en el hospital después de su fecha de alta, quizás deba pagar la atención recibida en el hospital después de la fecha de alta. Según la decisión que tomemos, el pago será o no su responsabilidad.

- Si decidimos, basándonos en la apelación rápida, que necesita permanecer en el hospital, continuaremos cubriendo su hospitalización (excepto en el caso de copagos o deducibles que correspondan) mientras sea necesario desde el punto de vista médico y no exceda las limitaciones de cobertura de nuestro Plan, según se describe en la [Sección 10](#).
- Si decidimos que no debería haber permanecido en el hospital después de su fecha de alta, no cubriremos la atención hospitalaria que pueda haber recibido después de esa fecha.

Si mantenemos nuestra decisión original, reenviaremos nuestra decisión y el archivo del caso a una Organización Revisora Independiente (IRE) dentro de las 24 horas. Consulte el Nivel de Apelación 2 de la Parte 1 de esta sección para obtener ayuda sobre la apelación ante una IRE. Si esta organización mantiene la decisión, también puede solicitar una revisión por parte del ALJ, MAC o un Tribunal Federal. Si alguno de ellos acepta que su internación debe continuar, debemos pagar o reembolsarle toda atención que haya recibido desde la fecha del alta que aparece en la notificación que recibió del proveedor y proporcionarle los servicios que solicitó (excepto los copagos o deducibles aplicables) mientras sea necesario desde el punto de vista médico y no exceda las limitaciones de cobertura de nuestro Plan, según se describe en la [Sección 10](#).

PARTE 3. Quejas (apelaciones) si considera que la cobertura de los servicios en un centro de enfermería especializada, agencia de atención médica a domicilio o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios no dura lo suficiente

Al ser paciente de un centro de enfermería especializada (SNF), agencia de atención médica a domicilio (HHA) o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), tiene derecho a recibir todos los servicios médicos de SNF, HHA o CORF cubiertos por el Plan que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. El día en que finalice su cobertura en un SNF, HHA o CORF se determinará cuando estos servicios ya no sean necesarios desde el punto de vista médico. Esta parte explica qué hacer si considera que la cobertura de sus servicios ha finalizado muy pronto.

Información que recibirá durante su atención en un SNF, HHA o CORF

Su proveedor le entregará una notificación escrita denominada la Notificación de no cobertura de Medicare con al menos 2 días de anticipación a la finalización de la cobertura de los servicios

(llame al Departamento de Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener una notificación de ejemplo o véala en línea en <http://www.cms.hhs.gov/BNI/>). Usted (o su representante) deberán firmar y fechar esta notificación para demostrar que la ha recibido. **Firmar la notificación no implica que acepta que la cobertura de sus servicios finalice, solamente implica que recibió y comprendió la notificación.**

Solicitud para que la QIO revise nuestra decisión de finalizar la cobertura

Tiene derecho de apelar nuestra decisión de finalizar la cobertura de los servicios. Según se explica en la notificación de su proveedor, puede solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (la “QIO”), que haga una revisión independiente en cuanto a si es adecuada desde el punto de vista médico finalizar la cobertura de los servicios.

¿Con qué anticipación debe solicitar una revisión de la QIO?

Debe comunicarse de inmediato con la QIO. La notificación escrita que reciba de su proveedor le proporcionará el nombre y el número de teléfono de su QIO y le indicará qué debe hacer.

- Si recibe la notificación 2 días antes de la finalización de su cobertura, debe comunicarse con la QIO antes del mediodía del día posterior a la recepción de la notificación.
- Si recibe la notificación más de 2 días antes de que finalice su cobertura, debe presentar su solicitud antes del mediodía del día anterior a la fecha de finalización de cobertura Medicare.

¿Qué ocurrirá durante la revisión de la QIO?

La QIO le preguntará por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No debe preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea. También analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que hemos proporcionado. Durante este proceso, recibirá una nota denominada *Explicación detallada de no cobertura* donde se explican los motivos por los que creemos que debe finalizar la cobertura de los servicios. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 – Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048) para recibir una nota de muestra o véala en línea en <http://www.cms.hhs.gov/BNI>.

La QIO tomará la decisión dentro del día posterior a la recepción de toda la información necesaria.

¿Qué ocurre si la QIO decide a su favor?

Continuaremos la cobertura de los servicios de un SNF, HHA o CORF (excepto los copagos o deducible aplicables) mientras se considere necesario desde el punto de vista médico y que no haya excedido las limitaciones de cobertura del Plan, según se describe en la Sección 10.

¿Qué sucede si la QIO está de acuerdo con la finalización de la cobertura?

Usted no será responsable por el pago de servicios en un SNF, HHA o CORF proporcionados antes de la fecha de finalización que figura en la notificación de su proveedor. Puede dejar de recibir servicios en la fecha indicada en su notificación, o antes de esa fecha, y evitar responsabilidades financieras. Si continúa recibiendo los servicios, aún tiene la posibilidad de solicitar que la QIO revise su primera decisión, si lo solicita dentro de los 60 días de haber recibido la primera negación de su solicitud.

¿Qué sucede si apela la decisión de la QIO?

La QIO tiene 14 días para decidir si mantiene su decisión original o si acepta que usted pueda continuar recibiendo los servicios. Si acepta que sus servicios deben continuar, debemos pagar o reembolsarle toda atención que haya recibido desde la fecha del alta que aparece en la notificación que recibió del proveedor y proporcionarle los servicios que solicitó (excepto los copagos o deducibles aplicables) mientras sea necesario desde el punto de vista médico y no exceda las limitaciones de cobertura de nuestro Plan, según se describe en la [Sección 10](#).

Si la QIO mantiene su decisión original, puede apelar esa decisión ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ). Consulte el Nivel de Apelación 3 de la Parte 1 de esta sección para obtener ayuda sobre la apelación ante un ALJ. Si el ALJ mantiene nuestra decisión, también puede solicitar una revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC) o de un Tribunal Federal. Si el MAC o el Tribunal Federal acepta que su internación debe continuar, debemos pagar o reembolsarle toda atención que haya recibido desde la fecha de finalización que aparece en la notificación que recibió del proveedor y proporcionarle los servicios que solicitó (excepto los copagos o deducibles aplicables) mientras sea necesario desde el punto de vista médico y no exceda las limitaciones de cobertura de nuestro Plan, según se describe en la [Sección 10](#).

¿Qué ocurre si no solicita una revisión de la QIO antes de la fecha límite?

Si no solicita una revisión a la QIO antes de la fecha límite, puede solicitarnos una apelación rápida, que se analiza en la Parte 1 de esta sección.

Si solicita una apelación rápida por la finalización de su cobertura y continúa recibiendo servicios de un SNF, HHA o CORF, quizás deba pagar la atención médica recibida después de la fecha de alta. Según la decisión que tomemos, el pago será o no su responsabilidad.

- Si decidimos, basándonos en la apelación rápida, que la cobertura de los servicios debe continuar, continuaremos cubriendo los servicios del SNF, HHA o CORF (excepto en el caso de copagos o deducibles que correspondan) mientras sea necesario desde el punto de vista médico y no exceda las limitaciones de cobertura de nuestro Plan, según se describe en la [Sección 10](#).

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

- Si decidimos que no debe haber seguido recibiendo cobertura, no cubriremos los servicios recibidos después de la fecha de finalización de cobertura.

Si mantenemos nuestra decisión original, reenviaremos nuestra decisión y el archivo del caso a una Organización Revisora Independiente (IRE) dentro de las 24 horas. Consulte el Nivel de Apelación 2 de la Parte 1 de esta sección para obtener ayuda sobre la apelación ante una IRE. Si esta organización mantiene la decisión, también puede solicitar una revisión por parte del ALJ, MAC o un Tribunal Federal. Si alguno de ellos acepta que su internación debe continuar, debemos pagar o reembolsarle toda atención que haya recibido desde la fecha del alta que aparece en la notificación que recibió del proveedor y proporcionarle los servicios que solicitó (excepto los copagos o deducibles aplicables) mientras sea necesario desde el punto de vista médico y no exceda las limitaciones de cobertura de nuestro Plan, según se describe en la Sección 10.

6. Cómo dar de baja su inscripción

La baja a nuestro Plan puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (por motivos ajenos a su decisión):

- Puede abandonar nuestro Plan porque decidió que *desea* hacerlo.
- Además, hay situaciones puntuales en las que debemos poner fin a su inscripción. Por ejemplo, si se muda de forma permanente a una zona geográfica que nuestro servicio no cubre.

Baja voluntaria de la inscripción

Existen solamente determinadas épocas del año en las que puede darse de baja de nuestro Plan de forma voluntaria. El momento para realizar cambios es el período de inscripción abierta de otoño de Medicare (también conocido como “Período de elección anual”), que tiene lugar todos los años desde el 15 de noviembre hasta el 31 de diciembre. En ese momento, puede revisar la cobertura de su atención médica y de fármacos para el año siguiente y realizar cambios en su cobertura de fármacos recetados o salud de Medicare. Todo cambio que realice durante ese período tendrá vigencia a partir del 1 de enero. **Algunas personas, tales como las que tienen Medicaid (las que reciben ayuda adicional) o quienes se mudan, pueden realizar cambios en otros momentos.** Para obtener más información sobre cuándo realizar cambios, consulte la tabla del período de inscripción en esta sección.

Si desea dar de baja su inscripción en nuestro Plan durante este período, debe hacer lo siguiente:

- **Si tiene pensado inscribirse en un nuevo plan de Medicare Advantage:** simplemente inscribese. Será dado de baja de nuestro Plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.
- **Si tiene pensado cambiar al Plan Original Medicare e inscribirse a un plan de fármacos recetados de Medicare:** simplemente inscribese en el nuevo plan de fármacos recetados de Medicare. Será dado de baja automáticamente de nuestro Plan cuando comience la nueva cobertura el 1 de enero.
- **Si tiene pensado cambiar al Plan Original Medicare sin inscribirse a un plan de fármacos recetados de Medicare:** Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar información sobre cómo darse de baja. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar la baja de nuestro Plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Su inscripción en Original Medicare tendrá vigencia a partir del 1 de enero.

Período de inscripción	¿Cuándo?	Fecha de entrada en vigencia
Inscripción abierta de otoño (período de elección anual)	Todos los años desde el 15 de noviembre hasta el 31 de diciembre	1 de enero

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

<p>Momento para revisar la cobertura de salud y fármacos y realizar cambios.</p>		
<p>Inscripción abierta de Medicare Advantage (MA) Los beneficiarios que reúnen los requisitos de MA pueden realizar un cambio a la cobertura de su plan de salud. Sin embargo, no puede utilizar este período para agregar, eliminar o cambiar su cobertura de fármacos recetados de Medicare.</p> <p>Ejemplos: Si tiene un plan de MA que no tiene cobertura de fármacos recetados de Medicare, puede cambiarse a otro plan de Medicare Advantage sin cobertura de fármacos o a Original Medicare.</p> <p>Si tiene un plan de Original Medicare y tiene un plan de fármacos recetados de Medicare, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage con cobertura de fármacos.</p> <p>Si tiene un plan de MA que ofrece cobertura de fármacos de Medicare, puede darse de baja e inscribirse en el plan Original Medicare y en un plan de fármacos recetados de Medicare.</p>	<p>Todos los años desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo</p>	<p>El primer día del mes siguiente a que el plan reciba la solicitud de inscripción.</p>
<p>Períodos de inscripción especiales para algunos casos excepcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de residencia. • Cobertura de Medicaid. • Aptitud para recibir ayuda adicional con recetas de Medicare. • Residencia en una institución (por ejemplo, centro de enfermería). 	<p>Determinado por la excepción.</p>	<p>Generalmente, el primer día del mes siguiente a que el plan reciba la solicitud de inscripción.</p>

Para obtener más información sobre las opciones disponibles durante estos períodos de inscripción, comuníquese 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 & You” (Medicare y usted). Este manual se envía cada otoño a todas las personas que tienen Medicare. Puede ver o descargar una copia en www.medicare.gov. Busque en “Search Tools” (Herramientas de búsqueda) y seleccione “Find a Medicare Publication” (Buscar una publicación de Medicare).

Hasta que se efectivice la baja de su inscripción, debe recibir los servicios de Medicare y/o la cobertura de fármacos recetados a través de nuestro Plan

Si se da de baja de nuestro Plan, es posible que el proceso demore un tiempo y su nueva manera de obtener servicios de Medicare puede tardar en entrar en vigencia (la fecha de entrada en vigencia de los cambios se explicó anteriormente en esta sección). Mientras espera la baja de su inscripción, continúa siendo miembro y debe recibir atención médica y/o fármacos recetados como lo hace habitualmente por medio de nuestro Plan. En el caso de que tenga que ser hospitalizado el día que se efectiviza la baja, generalmente tendrá la cobertura de nuestro Plan hasta que reciba el alta. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información y ayudarnos a coordinar con el nuevo plan.

Hasta que se efectivice la baja de cobertura de fármacos recetados de nuestro Plan, utilice las farmacias de nuestra red para completar sus recetas. Mientras espera la baja de la inscripción, continúa siendo miembro y debe continuar recibiendo los fármacos recetados como lo hace habitualmente a través de las farmacias de la red de nuestro Plan. En la mayoría de los casos, las recetas tienen cobertura sólo si se completan en una farmacia de la red, están incluidas en nuestro vademécum y usted sigue las reglas de cobertura.

No podemos exigirle que abandone el Plan por motivos relacionados con su salud

No podemos solicitarle que abandone su plan de salud por ningún motivo relacionado con la salud. Si alguna vez siente que le piden que abandone nuestro Plan por su estado de salud, debe llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que es la línea nacional de ayuda de Medicare. Los usuarios de teléfonos de texto TTY deberán comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Baja involuntaria de la inscripción

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, daremos de baja su inscripción a nuestro Plan.

- Si usted no está inscrito de forma permanente en Medicare A y B.
- Si ya no reúne los requisitos para recibir todos los servicios de Medicaid o ya no es un beneficiario calificado de Medicare (QMB).

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

- Si se muda de forma permanente a o se encuentra en un área que está fuera de la zona de cobertura durante más de 6 meses consecutivos, no puede ser miembro de nuestro Plan. Debemos finalizar su inscripción (“darlo de baja”). Si tiene planeado mudarse o viajar, llame al Departamento de Servicios para Miembros para consultar si el lugar al que se mudará o viajará es un área de cobertura de nuestro Plan.
- Si falsifica intencionalmente o retiene información sobre otras partes que le reembolsan dinero por la cobertura de fármacos recetados.
- Si en el momento de solicitud de su inscripción, proporciona intencionalmente información incorrecta que afecte su aptitud para inscribirse en nuestro Plan.
- Si su comportamiento no es el adecuado, al punto que su inscripción permanente perjudica seriamente nuestra capacidad de proporcionarles servicios médicos a usted o a otros miembros de nuestro Plan. No podemos obligarlo a abandonar nuestro Plan por este motivo a menos que obtengamos permiso previamente por parte de Medicare.
- Si permite que alguien más use su tarjeta de inscripción a nuestro Plan para obtener atención médica. Si lo damos de baja por este motivo, CMS puede derivar su caso al Inspector General para realizar una investigación más profunda.

Tiene derecho a presentar una queja si lo damos de baja en nuestro Plan

Si damos de baja su inscripción a nuestro Plan, le informaremos nuestros motivos por escrito y le explicaremos cómo puede presentar una queja si lo desea.

7. Definiciones de palabras importantes que se utilizan en la EOC

Apelación: una apelación es un tipo especial de queja que presenta si no está de acuerdo con la decisión de rechazar una solicitud de servicios de atención médica y/o fármacos recetados o el pago de servicios y/o fármacos recetados ya recibidos. También puede presentar una queja si no está de acuerdo con la decisión de suspender los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si nuestro Plan no le paga un fármaco/artículo/servicio que usted piensa que tiene derecho a recibir. En la Sección 5 se explican las apelaciones, incluyendo el proceso para realizar una apelación.

Período de beneficio: en el plan Original Medicare, el período de beneficio se utiliza para determinar la cobertura de la internación en hospitales y centros de enfermería especializada. El período de beneficio comienza el primer día que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada cubierto por Medicare. Finaliza cuando no ha estado internado en ningún hospital o SNF durante 60 días corridos. Si ingresa al hospital (o SNF) después de haber finalizado un período de beneficio, comienza uno nuevo. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficio que pueda tener.

El tipo de atención cubierta depende de si está considerado un paciente internado para la estadía en el hospital o SNF. Debe ser admitido en el hospital como paciente interno, no sólo en observación. Está internado en un SNF sólo si tu atención cumple con determinados estándares para un nivel de atención especializado. Específicamente, para ser paciente interno en un SNF, debe necesitar atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada, o ambos, diariamente.

Fármaco de marca: fármaco recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y creó el fármaco. Los fármacos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del fármaco. Sin embargo, otros fabricantes de fármacos producen y comercializan los fármacos genéricos y generalmente no se encuentran disponibles hasta después de que la patente del fármaco de marca ha expirado.

Cobertura catastrófica: fase del Beneficio de fármacos de la Parte D donde usted paga un pequeño copago o coseguro por los fármacos después de que usted u otras personas autorizadas en su nombre han gastado \$4,350 en fármacos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal que está a cargo del programa Medicare. La Sección 8 explica cómo comunicarse con CMS.

Gastos compartidos: hace referencia a los montos que tiene que pagar el miembro por los fármacos/servicios recibidos. Incluye cualquier combinación de los siguientes tipos de pagos: (1) todo monto deducible que puede imponer un plan por los fármacos/servicios cubiertos; (2) todo monto fijo de “copago” que puede exigir un plan al recibir fármacos/servicios específicos; o (3) todo monto de “coseguro” que se debe pagar como porcentaje del monto total pagado por un fármaco/servicio.

Determinación de cobertura: la decisión del plan de fármacos de Medicare sobre la cobertura por parte del Plan de un fármaco recetado y el monto que debe pagar por la receta, si corresponde. En general, si lleva su receta a una farmacia y en ésta le informan que la receta no está cubierta por su Plan, esto no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir al Plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura si no está de acuerdo.

Fármacos cubiertos: término que utilizamos para denominar a todos los fármacos recetados cubiertos por el Plan.

Servicios cubiertos: término general que utilizamos en esta EOC para denominar a todos los servicios y suministros médicos que están cubiertos por nuestro Plan.

Cobertura meritoria de fármacos recetados: cobertura (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que es al menos de la misma calidad que la cobertura de fármacos recetados de Medicare.

Cuidado asistencial: atención que se proporciona para cubrir necesidades personales y no necesidades médicas. Es atención que pueden proporcionar personas que no tienen experiencia o capacitación profesional. Este servicio incluye ayuda para caminar, vestirse, bañarse, comer, preparar dietas especiales y tomar fármacos. Medicare no cubre los cuidados asistenciales a menos que se proporcionen como otra atención que usted recibe además de la atención diaria de enfermería especializada y/o servicios de rehabilitación especializada.

Dar de baja: proceso para la finalización de la inscripción en el Plan. La baja puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (cuando no es usted quien toma la decisión). Consulte la [Sección 6](#) para obtener información sobre la baja.

Equipo médico duradero: determinado equipo médico que solicita el médico para que utilice en su casa. Por ejemplo, andadores, sillas de rueda o camas de hospital.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) proporciona un proveedor calificado para prestar servicios en emergencias; y 2) se necesitan para evaluar o estabilizar una afección que requiere atención de emergencia.

Prueba de cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos o anexos que explican la cobertura, qué debemos hacer, sus derechos y qué debe hacer usted como miembro de nuestro Plan.

Excepción: tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un fármaco no incluido en el vademécum del patrocinador del Plan (excepción al vademécum) o recibir un fármaco no preferencial en el nivel de costos compartidos preferencial (excepción de clasificación). También puede solicitar una excepción si el patrocinador del Plan le exige que pruebe otro fármaco antes de recibir el que está solicitando o si el Plan limita la cantidad o la dosis del fármaco que está solicitando (excepción al vademécum).

Vademécum: lista de fármacos cubiertos por el Plan.

Fármaco genérico: fármaco recetado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) determina que tiene el/los mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el fármaco de marca comercial. Generalmente, los fármacos genéricos tienen un costo inferior que los fármacos de marcas comerciales.

Reclamo: tipo de queja que realiza sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores/farmacias de la red, incluyendo una queja con respecto a la calidad de atención. Este tipo de queja no incluye conflictos con pagos o coberturas. Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre reclamos.

Asesor de salud a domicilio: proporciona servicios que no necesitan de la experiencia de un profesional en enfermería autorizado o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). No tienen una licencia en enfermería ni proporcionan un servicio de terapia.

Atención médica a domicilio: atención de enfermería especializada y otros servicios de atención médica que obtiene en su hogar para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se enumeran en la Tabla de beneficios de la Sección 10 bajo el encabezamiento “Atención médica a domicilio”. Si necesita servicios de atención médica a domicilio, nuestro Plan los cubrirá si usted cumple con los requisitos de Medicare. Puede incluir servicios de un **asesor de salud a domicilio** si los servicios forman parte del plan de atención de salud a domicilio para su enfermedad o lesión. No están cubiertos a menos que además reciba un servicio especializado cubierto. La atención médica a domicilio no incluye los servicios de encargados, acuerdo para el servicio de comida o cuidado de un profesional en enfermería de tiempo completo a domicilio.

Atención de hospicio: es una forma especial de atender a personas con enfermedades terminales y proporcionarles asesoramiento a sus familiares. La atención en hospicios es el cuidado físico y el asesoramiento que proporciona un equipo de personas que forman parte de una empresa privada o de una agencia pública habilitada por Medicare. Según la situación, este servicio se puede proporcionar a domicilio, en un centro de hospicio, en un hospital o en un centro de enfermería. El objetivo es ayudar a los pacientes en sus últimos meses de vida al proporcionarles bienestar y alivio al dolor. El enfoque está en la atención, no en la recuperación. Para obtener más información sobre la atención de hospicio, visite www.medicare.gov, en el menú “Search Tools” (Herramientas de búsqueda), seleccione “Find a Medicare Publication” (Buscar una publicación de Medicare) para ver o descargar la publicación “Medicare Hospice Benefits” (Beneficios de hospicio de Medicare). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Atención a pacientes hospitalizados: atención médica que recibe cuando ingresa a un hospital.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura según el período inicial de cobertura.

Período de cobertura inicial: período antes de que sus gastos totales por fármacos alcancen los \$2,615, incluidos los montos que pagó usted y lo que pagó el Plan en su nombre.

Sanción por inscripción tardía: monto que se agrega a la prima mensual de la cobertura de fármacos de Medicare si no tiene cobertura meritosa (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la cobertura de fármacos recetados estándar de Medicare) por un período continuo de 63 días o más. Este monto más elevado lo pagará mientras tenga el plan de fármacos de Medicare. Existen algunas excepciones.

Necesario desde el punto de vista médico: servicios o suministros que sean adecuados y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedad; se utilicen en el diagnóstico, la atención directa o el tratamiento de su afección; cumplan con los estándares de la correcta práctica médica dentro de la comunidad local y no busquen la mera conveniencia de usted o su médico.

Medicare: programa Federal de seguro médico para las personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Plan Medicare Advantage (MA): también denominado plan Medicare Parte C que ofrece una empresa privada que contrata a Medicare para proporcionarle los beneficios de Medicare Parte A (de hospitalización) y Parte B (médicos). El plan de MA ofrece un conjunto específico de beneficios de salud con la misma prima y nivel de costo compartido que para todas las personas que tienen Medicare que vive en el área de servicio donde el Plan tiene cobertura. Las organizaciones de Medicare Advantage pueden ofrecer uno o más planes de MA en la misma área de servicio. Uno de ellos puede ser un plan HMO, PPO, un plan privado por pago de servicio (PFFS) o un plan cuenta de ahorro médico de Medicare (MSA). En la mayoría de los casos, los planes de MA también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de fármacos recetados). Estos se denominan **planes de Medicare Advantage con cobertura de fármacos recetados**. Toda persona que tiene Medicare Parte A y Parte B reúne los requisitos para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se proporcione en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen algunas excepciones).

Cobertura de fármacos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro para ayudar a los pacientes ambulatorios a pagar los fármacos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden las compañías aseguradoras privadas para cubrir “brechas” en la cobertura del plan Original Medicare. Las pólizas Medigap solamente funcionan con el plan Original Medicare. (El plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap.)

Miembro (miembro de nuestro Plan o “miembro del Plan”): persona que cuenta con Medicare y que tiene derecho a recibir los servicios cubiertos, cuya inscripción a nuestro Plan está confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Departamento de Servicios para Miembros: departamento incluido en nuestro Plan, responsable de responder a sus preguntas sobre la inscripción, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte la [Sección 8](#) para obtener más información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro Plan pueden recibir sus beneficios de fármacos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro Plan. En la mayoría de los casos, sus recetas estarán cubiertas sólo si se completan en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: término general que se utiliza para denominar a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y demás centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proporcionar servicios de atención médica. Los denominamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un contrato con nuestro Plan para aceptar nuestro pago como un pago completo y, en algunos casos, para coordinar, como así también proporcionar, servicios cubiertos a miembros de nuestro Plan. Nuestro Plan paga a los proveedores de la red según el acuerdo que tenga con el proveedor o si aceptan proporcionar servicios cubiertos por el Plan. También se los denomina “proveedores del plan”.

Determinación de la organización: la organización Medicare Advantage, o uno de sus proveedores, crea una determinación de la organización cuando toma decisiones sobre los servicios de MA o pagos que usted considera que debe recibir.

Plan Original Medicare: (“Medicare tradicional” o Medicare “pago por servicio”) plan mediante el cual muchas personas reciben su cobertura de salud. Es el programa nacional de pago por visita que le permite ir a cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y se encuentra disponible en todo Estados Unidos.

Proveedor o centro externos a la red: proveedor o centro con quienes no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a miembros de nuestro Plan. Los proveedores externos a la red son proveedores que no son empleados, no pertenecen o no operan con nuestro Plan y no tienen contrato para otorgarle servicios cubiertos. Su uso se explica en la Sección 2 de esta EOC.

Farmacia externa a la red: farmacia con la cual el Plan no tiene un contrato para coordinar o proporcionar fármacos cubiertos a los miembros de nuestro Plan. Como se explica en esta Prueba de Cobertura, la mayoría de los fármacos que recibe de las farmacias externas a la red no están cubiertos por nuestro Plan a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”

Parte D: programa voluntario de beneficio de fármacos recetados de Medicare. (El término “Parte D” se usará para referirnos con mayor facilidad al programa de beneficios de fármacos recetados).

Fármacos Parte D: fármacos que el Congreso permitió que nuestro Plan proporcione como parte de un beneficio de fármacos recetados Medicare. Podemos o no ofrecer todos los fármacos de la Parte D. (Consulte la lista específica de los fármacos cubiertos en el vademécum.) El Congreso excluyó específicamente determinadas categorías de fármacos, tales como las benzodiazepinas y barbitúricos y fármacos de venta libre del paquete de fármacos recetados

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

estándar (consulte la [Sección 10](#) para obtener un listado de estos fármacos). Estos fármacos no se consideran fármacos de la Parte D.

Proveedor principal de cuidados médicos (PCP): profesional de la salud que está capacitado para proporcionar atención básica. Es responsable de proporcionar o autorizar servicios cubiertos mientras usted sea miembro del plan. Consulte la [Sección 2](#) para obtener más información sobre los PCP.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios y/o determinados fármacos que pueden o no estar en nuestro vademécum. En un HMO, algunos servicios de la red están cubiertos sólo si el médico u otro proveedor de la red obtienen la “autorización previa” de nuestro Plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se detallan en la Tabla de beneficios de la [Sección 10](#).

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): grupos de médicos especializados y otros expertos en salud sustentados por el gobierno federal que se encargan de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Deben examinar sus quejas sobre la calidad de atención que proporcionan los proveedores de Medicare. Consulte la [Sección 8](#) para obtener más información sobre cómo comunicarse con la QIO de su Estado y la [Sección 5](#) para obtener más información sobre cómo realizar quejas ante la QIO.

Servicios de rehabilitación: incluyen terapia física, fonoaudiología y terapia ocupacional.

Límites de cantidad: herramienta de administración que se diseñó para limitar el uso de fármacos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden basarse en la cantidad de fármacos cubiertos por receta o en un período determinado.

Área de servicio: área geográfica aprobada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) dentro de la cual una persona tiene derecho a inscribirse en determinado plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): nivel de atención en un SNF solicitado por un médico que deben proporcionar o supervisar profesionales habilitados de la salud. Puede ser atención de enfermería especializada o servicios de rehabilitación especializada, o ambos. La atención de enfermería especializada incluye servicios que requieren la experiencia de un enfermero o enfermera habilitados para actuar o supervisar. Los servicios de rehabilitación especializada son terapia física, fonoaudiología y terapia ocupacional. La terapia física incluye ejercicios para mejorar el movimiento y fuerza de un área del cuerpo y capacitación sobre cómo usar equipos especializados, por ejemplo, cómo usar un andador o subirse y bajarse de una silla de ruedas. La fonoaudiología incluye ejercicios para recuperar y fortalecer la capacidad de hablar y/o tragar. La terapia ocupacional lo ayuda a aprender a cómo hacer las actividades diarias habituales, tales como comer y vestirse solo.

Terapia escalonada: herramienta de utilización que le exige intentar primero con otro fármaco para el tratamiento de la afección antes de cubrir el fármaco que su médico le recetó en primer lugar.

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

Seguro de Ingreso Suplementario (SSI): beneficio mensual pagado por la Administración del Seguro Social para las personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años con bajos recursos e ingresos. Los beneficios de SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Atención de urgencia: en la Sección 2 se explican los servicios de “atención de urgencia”. Son diferentes a los servicios de emergencia.

8. Números de teléfonos y recursos útiles

Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros de nuestro Plan

Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros del Plan. Nos complacerá ayudarlo.

LLAME AL 1-888-447-4505. Las llamadas a este número son sin cargo. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

TTY/TDD 1-800-654-5988. Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial. Las llamadas a este número son sin cargo.

ESCRÍBANOS Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM
Attn: Member Services
600 Grant Street, Floor 41
Pittsburgh, PA 15219-2704

www.gatewayhealthplan.com “Contact us” (contáctenos) o escriba un correo electrónico a medicareassured@gatewayhealthplan.com

VISÍTENOS US Steel Tower
600 Grant Street, Floor 41
Pittsburgh, PA 15219

SITIO WEB www.gatewayhealthplan.com

Información de contacto para reclamos, determinaciones de las organizaciones, determinaciones de cobertura y apelaciones

Determinaciones de la organización Parte C (acerca de su atención y servicios médicos)

Determinaciones de cobertura Parte D (acerca de los fármacos recetados de la Parte D)

LLAME AL 1-888-447-4505. Las llamadas a este número son sin cargo.

TTY/TDD 1-800-654-5988. Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial. Las llamadas a este número son sin cargo.

ESCRÍBANOS Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM
Attn: Member Services
600 Grant Street, Floor 41
Pittsburgh, PA 15219-2704

www.gatewayhealthplan.com “Contact us” (contáctenos) o escriba un correo electrónico a medicareassured@gatewayhealthplan.com

Para obtener información sobre las determinaciones de la organización de la Parte C o determinaciones de cobertura de la Parte D, consulte la [Sección 5](#).

Reclamos de la Parte C (acerca de su atención y servicios médicos) **Reclamos de la Parte D (acerca de los fármacos recetados de la Parte D)**

LLAME AL 1-888-447-4505. Las llamadas a este número son sin cargo.

TTY/TDD 1-800-654-5988. Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial. Las llamadas a este número son sin cargo.

ESCRÍBANOS Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM
Attn: Medicare Complaints Administrator
600 Grant Street, Floor 41
Pittsburgh, PA 15219-2704

www.gatewayhealthplan.com “Contact Us”, or e-mail to medicareassured@gatewayhealthplan.com

Para obtener información sobre los reclamos Parte C y Parte D, consulte la [Sección 4](#).

Apelaciones de la Parte C (acerca de su atención y servicios médicos)
Apelaciones de la Parte D (acerca de los fármacos recetados de la Parte D)

LLAME AL 1-888-447-4505. Las llamadas a este número son sin cargo.

TTY/TDD 1-800-654-5988. Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial. Las llamadas a este número son sin cargo.

ESCRÍBANOS Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM
Attn: Medicare Complaints Administrator
600 Grant Street, Floor 41
Pittsburgh, PA 15219-2704

www.gatewayhealthplan.com “Contact us” (contáctenos) o
escriba un correo electrónico a medicareassured@gatewayhealthplan.com

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

Solicitudes de reembolso de la Parte D (acerca de los fármacos recetados de la Parte D)

LLAME AL 1-888-447-4505 Las llamadas a este número son sin cargo.

TTY/TDD 1-800-654-5988. Para llamar a este número se necesita un equipo de teléfono especial. Las llamadas a este número son sin cargo.

ESCRÍBANOS Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM
Attn: Pharmacy Department
600 Grant Street, Floor 41
Pittsburgh, PA 15219-2704

Otra información de contacto importante

A continuación incluimos una lista con otros contactos importantes. Para obtener la información de contacto más actualizada, consulte el manual *Medicare & You* (Medicare y usted), visite www.medicare.gov y elija la opción “Find Helpful Phone Numbers and Resources” (Buscar números de teléfono y recursos útiles) o llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios de teléfonos de texto TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

OSHIIP (Ohio Señor Health Insurance Information Program)

OSHIIP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno Federal para proporcionar asesoramiento gratis sobre el seguro de salud local a las personas que tienen Medicare. OSHIIP puede explicarle sus derechos y protecciones por tener Medicare, ayudarlo a realizar quejas sobre la atención o el tratamiento, y ayudarlo a resolver sus problemas con las facturas de Medicare. Además, tiene información sobre los planes Medicare Advantage, planes de fármacos recetados de Medicare y planes Medicare Cost, y sobre las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare). Esto incluye información sobre la conveniencia de abandonar su póliza Medigap mientras esté inscrito en un plan Medicare Advantage. También incluye los derechos especiales de Medigap para las personas que hayan probado por primera vez un plan de Medicare Advantage.

Puede comunicarse con OSHIIP en el teléfono 1-800-686-1578. También puede visitar el sitio Web de OSHIIP en www.medicare.gov. En el menú “Search Tools” (Herramientas de búsqueda), seleccione “Helpful Phone Numbers and Websites” (Números de teléfono y sitios Web útiles).

Ohio KePro

“QIO” es la sigla en inglés de Quality Improvement Organization (Organización para el Mejoramiento de la Calidad). La QIO es un grupo de médicos y profesionales de la salud de su Estado que revisan la atención médica y gestionan determinados tipos de quejas de los pacientes que tienen Medicare, y es subvencionado por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la atención proporcionada a los pacientes de Medicare. Cada Estado tiene una QIO y su nombre cambia según el Estado. Los médicos y otros expertos de la salud supervisan determinados tipos de quejas de los pacientes de Medicare. Éstos incluyen quejas sobre la calidad de la atención médica y apelaciones de los pacientes de Medicare que creen que la cobertura de su hospital, centro de enfermería especializada, agencia de atención médica a domicilio o rehabilitación ambulatoria integral no tienen la duración suficiente. Consulte las [Secciones 4 y 5](#) para obtener más información sobre las quejas, apelaciones y reclamos.

Puede visitar la oficina de Ohio KePro en Rock Run Center, Suite 100, 5700 Lombardo Center Drive; Seven Hills, OH 44131; teléfono: 1-800-589-7337.

Cómo comunicarse con el programa Medicare

Medicare es el programa Federal de seguro médico para las personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Nuestra organización tiene un contrato con el gobierno federal.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas o si desea obtener manuales informativos gratis de Medicare, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Los representantes de atención al cliente se encuentran disponibles todos los días durante las 24 horas, incluyendo los fines de semana.
- Visite www.medicare.gov para obtener más información. Éste es el sitio Web oficial del gobierno para proporcionar información sobre Medicare. Este sitio Web le ofrece información actualizada sobre Medicare, centros de enfermería y otros temas actuales de Medicare. Incluye manuales que puede imprimir directamente desde su computadora. Cuenta con herramientas que lo ayudarán a comparar los planes Medicare Advantage y los planes de fármacos recetados de Medicare en su área. Además puede buscar la información de contacto de Medicare en su Estado en la sección “Search Tools” (Herramientas de búsqueda). Seleccione “Helpful Phone Numbers and Web sites” (Números de teléfono y sitios Web útiles). Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores de su comunidad pueden ayudarlo a visitar el sitio Web desde una computadora.

Medicaid

Medicaid es un programa estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos o recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también reúnen los requisitos para tener Medical Assistance. También tiene programas que pueden ayudarlo a pagar las primas de Medicare y otros costos, si cumple con los requisitos.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Ohio Department of Job and Family Services (ODJFS); 30 E. Broad Street, 32nd Floor; Columbus, OH 43215-3414. Para obtener el número de teléfono de la oficina local llame al Departamento de Servicios para Miembros de Gateway Health Plan *Medicare Assured*SM al 1-888-447-4505.

Seguro Social

Los programas de Seguro Social incluyen beneficios de jubilación, discapacidad, beneficios familiares, pensiones y beneficios para personas mayores y no videntes. Puede llamar al Seguro Social al teléfono 1-800-772-1213. Los usuarios del servicio TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede visitar nuestro sitio Web www.ssa.gov.

Junta de Jubilación Ferroviaria

Si usted recibe los beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board), puede llamar a la oficina local o al teléfono 1-800-808-0772. Los usuarios del servicio TTY deben llamar al número 312-751-4701. También puede visitar el sitio Web www.rrb.gov.

Cobertura por empleador (o “grupal”)

Si usted o su cónyuge obtienen sus beneficios de su empleador o sindicato actual o anterior, o del empleador o sindicato actual o anterior de su cónyuge, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre los beneficios, primas del plan o el período de inscripción. Nota importante: Los beneficios de su empleador/sindicato (o de su cónyuge) pueden cambiar, o usted o su cónyuge pueden perder los beneficios, si se inscriben en Medicare Parte D. Llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros para saber si sus beneficios pueden cambiar o anularse si usted o su cónyuge se inscriben en la Parte D.

9. Notas legales

Notas sobre la ley vigente

A esta Prueba de Cobertura se aplican varias leyes y podrían aplicarse algunas disposiciones adicionales que exija la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las regulaciones creadas de conformidad con la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, se pueden aplicar otras leyes Federales y, en ciertas circunstancias, también pueden aplicarse leyes del Estado donde vive.

Nota sobre la no discriminación

No discriminamos a las personas por su raza, discapacidad, religión, sexo, orientación sexual, estado de salud, origen étnico, creencias, edad o nacionalidad. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro Plan, deben cumplir 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 de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Norteamericanos con Discapacidades, otras leyes que se apliquen a las organizaciones que reciben financiación federal y las demás las leyes y reglamentaciones que se apliquen por cualquier otro motivo.

10. Cuánto debe pagar por sus beneficios médicos de la Parte C y/o fármacos recetados

Cuánto debe pagar por los beneficios médicos de la Parte C

Esta sección contiene una Tabla de beneficios, con una lista de los servicios cubiertos y lo que debe pagar por cada uno. Estos son beneficios y cobertura que recibe por ser miembro de nuestro Plan. Más adelante en esta sección, bajo el título “Exclusiones generales”, encontrará información sobre los servicios que no están cubiertos. Además, también explica las limitaciones de determinados servicios. Más adelante en esta sección, encontrará información sobre cuánto debe pagar por los beneficios de fármacos recetados de la Parte D.

¿Cuánto debe pagar por los servicios cubiertos?

Deducibles, copagos y coseguro son los montos que debe pagar por los servicios cubiertos.

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por los servicios de salud que reciba antes de que nuestro Plan comience a pagar su parte de los servicios cubiertos.
- Un “**copago**” es un pago que usted realiza por su parte del costo de algunos servicios cubiertos que recibe. Consta de un monto fijo por servicio. Puede pagarlo cuando recibe el servicio o el fármaco.
- Un “**coseguro**” es un pago que usted realiza por su parte del costo de algunos servicios cubiertos que recibe. Es un porcentaje del costo del servicio. El pago del coseguro se realiza al recibir el servicio.
- Dependiendo de su beneficio de Medicaid, es posible que no deba desembolsar el costo de primas, deducibles, copagos y coseguros. Medicaid puede cubrir estos costos, siempre que reúna los requisitos para los beneficios de Medicaid y el proveedor acepte Medicaid. La única excepción es que usted es responsable de los copagos de Medicaid, si corresponde.

Tabla de beneficios

La tabla de beneficios que incluimos en las páginas siguientes, contiene los servicios que cubre nuestro Plan y cuánto debe pagar usted por cada uno. Los servicios cubiertos que se detallan en la Tabla de beneficios de esta sección sólo estarán cubiertos cuando se cumpla con todos los requisitos que se enumeran a continuación:

- Los servicios se deben proporcionar según las pautas de cobertura de Medicare, establecidas por el programa Medicare.
- La atención médica, los servicios, los suministros y el equipo que se detallan como servicios cubiertos deben ser necesarios desde el punto de vista médico. También están cubiertos ciertos tipos de atención preventiva y pruebas de detección.
- Algunos de los servicios cubiertos que se detallan en la Tabla de beneficios sólo estarán cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” (aprobación anticipada) de nuestro Plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa aparecen marcados con un asterisco (*).

Consulte la [Sección 2](#) para obtener información sobre los requisitos para utilizar los proveedores de la red.

Tabla de beneficios: servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos

Servicios para pacientes hospitalizados

Atención para pacientes hospitalizados*

(Requiere autorización previa)

Los servicios cubiertos incluyen:

- Habitación semiprivada (o privada en caso de necesidad médica).
- Comidas, incluidas las dietas especiales.
- Servicio de enfermería habitual.
- Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de terapia intensiva o coronaria).
- Fármacos y medicamentos.
- Análisis de laboratorio.
- Rayos X y otros servicios radiológicos.
- Suministros quirúrgicos y médicos necesarios.
- Uso de dispositivos, tales como sillas de ruedas.
- Costos de quirófanos y salas de recuperación.
- Terapia física, ocupacional y fonoaudiología.
- Los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos bajo ciertas condiciones: de córnea, riñón, pancreático-renal, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, nos encargaremos de que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso para que decida si es candidato para recibir un trasplante. Si lo envían fuera de su comunidad para recibir un trasplante, coordinaremos o pagaremos los gastos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.
- Sangre y productos de la sangre, incluido su almacenamiento y administración.
- Servicios del médico.

\$0 deducible anualmente
 \$0 de copago.
 \$0 por día desde el día 1 - 90
 \$0 por día desde a partir del día 91.

Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital externo al plan después de que se establezca su situación de emergencia, el costo que deberá pagar usted es la parte que pagaría en un hospital del plan.

Tabla de beneficios: servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos

Atención de salud mental para pacientes hospitalizados* (*Requiere autorización previa*)

Los servicios cubiertos incluyen los servicios de salud mental que requieren estadía hospitalaria.

\$0 por día desde el día 1 - 90
\$0 por día desde a partir del día 91.

Usted puede recibir hasta 190 días en un hospital psiquiátrico durante su vida. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en la unidad psiquiátrica de un hospital general.

Tabla de beneficios: servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (*Requiere autorización previa*)

\$0 por día desde el día 1 - 20
\$0 por día desde el día 21 al 100.

Usted cuenta con una cobertura de 100 días por cada admisión a un centro de enfermería especializada. No se requiere internación previa en un hospital.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Habitación semiprivada (o privada en caso de necesidad médica).
- Comidas, incluidas las dietas especiales.
- Servicio de enfermería habitual.
- Terapia física, terapia ocupacional y fonoaudiología.
- Fármacos que reciba como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes en su cuerpo, tales como factores coagulantes de la sangre).
- Sangre y productos de la sangre, incluido su almacenamiento y administración.
- Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados de forma habitual por los SNF.
- Análisis de laboratorio proporcionados de forma habitual por los SNF.
- Rayos X y otros servicios de radiología proporcionados de forma habitual por los SNF.
- Uso de dispositivos, tales como sillas de rueda, proporcionados de forma habitual por los SNF.
- Servicios del médico.

Generalmente, recibirá atención de SNF en centros del Plan. Sin embargo, en los casos específicos que se detallan a continuación, es posible que pague un costo compartido de la red por la atención de un centro externo al Plan si éste acepta el monto de pago del Plan.

- Un centro de enfermería o comunidad de atención continua para jubilados en donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que el lugar proporcione atención de enfermería especializada).
- Un SNF donde vive su cónyuge en el momento que usted abandona el hospital.

Tabla de beneficios: servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos

Servicios para pacientes hospitalizados cuando los días en el hospital o en el SNF no están cubiertos o se terminó la cobertura*
(*Requiere autorización previa*)

0 % del costo por cada visita a su proveedor primario de cuidados médicos o especialista que esté cubierta por Medicare.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios del médico.
- Exámenes (como rayos X o análisis de laboratorio).
- Rayos X, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios.
- Vendajes, férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para corregir fracturas y dislocaciones.
- Dispositivos protésicos y ortopédicos (no dentales) que reemplacen, en parte o por completo, un órgano interno (incluido el tejido contiguo) o que suplan, en parte o por completo, las funciones de un órgano inoperable o disfuncional, incluyendo también el reemplazo y la reparación de estas prótesis.
- Piernas, brazos, espaldas y cuellos ortopédicos, bragueras y piernas, brazos u ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambios en la condición física del paciente.
- Terapia física, fonoaudiología y terapia ocupacional.

Atención de agencias de salud a domicilio*
(*Requiere autorización previa*)

\$0 de copago para las visitas médicas domiciliarias cubiertas por Medicare.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios de enfermería especializada y de un asesor de salud a domicilio, de tiempo parcial o recurrente. (Para que estén cubiertos como beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y de un asesor de salud a domicilio combinados deben sumar menos de ocho horas por día y 35 horas o menos por semana).
- Terapia física, terapia ocupacional y fonoaudiología.
- Servicios sociales médicos.
- Suministros y equipos médicos.

Tabla de beneficios: servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos

Atención de hospicio

Debe recibir la asistencia en un hospicio habilitado por Medicare. El plan Original Medicare (en lugar de nuestro Plan) pagará al proveedor por los servicios que reciba. El médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o externo a la red. Seguirá siendo miembro del Plan y continuará recibiendo a través de nuestro Plan el resto de la atención que no esté relacionada con su enfermedad terminal. Los servicios cubiertos incluyen:

- Fármacos para el control de los síntomas y alivio del dolor, atención de relevo a corto plazo y otros servicios que no tienen cobertura del plan Original Medicare.
- Atención a domicilio.

Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado, los servicios de hospicio los paga el plan Original Medicare y no su plan de Medicare Advantage.

Atención médica ambulatoria

Servicios del médico, incluidas las visitas al consultorio

Los servicios cubiertos incluyen:

- Las visitas al consultorio, que incluyen la atención médica y quirúrgica que reciba en él o en un centro ambulatorio de cirugías certificado.
- Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista.
- Exámenes de audición y equilibrio, si el médico lo solicita para saber si necesita un tratamiento médico.
- Visitas al consultorio de Telehealth, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento de un especialista.
- Segunda opinión de otro proveedor de la red, antes de una cirugía.
- Atención hospitalaria ambulatoria.
- Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a: cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en casos de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico).

\$0 de copago por cada visita al proveedor primario de cuidados médicos para recibir los beneficios cubiertos por Medicare.

\$0 de copago por el costo de cada visita cubierta de Medicare para atención de urgencia de la red dentro del área de servicio.

\$0 de copago por cada visita a un médico especializado para recibir los beneficios cubiertos por Medicare.

Tabla de beneficios: servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos
<p>Servicios quiroprácticos* (<i>Requiere autorización previa</i>)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. 	<p>\$0 de copago para las visitas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de heridas y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de pies de rutina para miembros con ciertas afecciones de las extremidades inferiores. 	<p>\$0 de copago para los beneficios de podología cubiertos por Medicare.</p>
<p>Atención ambulatoria de salud mental (incluye los servicios de hospitalización parcial) Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de salud mental ambulatoria proporcionados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional de la salud mental habilitado por Medicare, según lo permitido en las leyes estatales que correspondan. • 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 funciona como alternativa a la hospitalización. 	<p>\$0 de copago para las visitas de salud mental cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para cada visita a un psiquiatra cubierta por Medicare.</p>
<p>* <i>Se requiere autorización previa para los siguientes servicios.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial. • Pruebas psicológicas. • Exámenes neuropsicológicos. • TEC ambulatorio. 	

Tabla de beneficios: servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos
<p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</p>	<p>\$0 de copago para las visitas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Cirugía ambulatoria (incluye los servicios proporcionados en centros de cirugía ambulatorios)* <i>(Requiere autorización previa)</i></p>	<p>\$0 de copago para cada visita al centro ambulatorio de cirugías cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios de ambulancia* <i>(Requiere autorización previa)</i> Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia en vuelos fijos, rotatorios y por tierra al centro más cercano que pueda proporcionar atención sólo si el miembro tiene una enfermedad tal que no permite utilizar otro medio de transporte (ya que podría ser perjudicial para su salud). La enfermedad debe requerir una ambulancia y el nivel de servicio proporcionado para que el servicio facturado se considere necesario desde el punto de vista médico. El traslado en ambulancia para casos que no sean de emergencia se considera apropiado si se documenta que el miembro tiene una enfermedad tal que no permite utilizar otro medio de transporte (ya que podría ser perjudicial para su salud) y que el traslado en ambulancia se considera necesario desde el punto de vista médico.</p>	<p>\$0 de copago para las visitas en ambulancia cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia no está cubierta fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>\$0 de copago para las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Si necesita atención de internación en un hospital externo al Plan después de que se estabilizó su afección, debe acudir a un hospital contratado por el Plan para que su atención continúe con la cobertura o debe recibir la atención de internación en un hospital externo al Plan autorizado por éste y el costo que deberá pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital del Plan.</p>

Tabla de beneficios: servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia no está cubierta fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>\$0 de copago para las visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria* <i>(Requiere autorización previa)</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, terapia ocupacional, fonoaudiología y terapia de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0 de copago para las visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>\$0 de copago para las visitas de terapia física y/o fonoaudiología cubiertas por Medicare.</p>
<p>Equipos médicos duraderos o suministros relacionados* <i>(Requiere autorización previa para los servicios de equipos médicos duraderos de \$500 o más por un único artículo o varias unidades de un único artículo.)</i></p> <p>Los artículos cubiertos incluyen: sillas de rueda, muletas, cama de hospital, bomba de infusión intravenosa, equipo de oxígeno, nebulizador y andador. (Consulte la definición de “equipo médico duradero” en la Sección 7)</p>	<p>\$0 de copago para los artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados —</p> <p>(que no sean dentales) que reemplace una parte o función del cuerpo.</p> <p><i>* (Se requiere autorización para equipo médico duradero por un valor de \$500 o más por un único artículo o varias unidades de un único artículo.)</i></p> <p>Esto incluye bolsas de colostomía y suministros directamente ligados a la atención de colostomía, marcapasos, bragueros, prótesis, zapatos ortopédicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con las prótesis y su reparación y/o reemplazo. Además incluye parte de la cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas. Para obtener más información consulte "Atención de la visión" más adelante en esta sección.</p>	<p>\$0 de copago para los artículos cubiertos por Medicare.</p>

Tabla de beneficios: servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos

Autocontrol, capacitación y suministros para diabetes — para todos los diabéticos (sean insulino dependientes o no).

\$0 de copago por capacitación en autocontrol de la diabetes.

Los servicios cubiertos incluyen:

\$0 de copago por suministros para diabetes.

- Medidor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de prueba de glucosa en la sangre, dispositivos de lanceta, lancetas y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los medidores.
- Un par de zapatos terapéuticos por año calendario, para personas diabéticas con enfermedad del pie diabético en estado grave, incluidas las colocaciones de los zapatos o sus accesorios.
- La capacitación del autocontrol está cubierta con ciertas condiciones.
- Para personas con riesgo de diabetes: Pruebas de glucosa en plasma en ayunas.

Terapia de nutrición médica * — para personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) que no se realicen diálisis y después de un trasplante cuando lo recomiende el médico.

\$0 de copago para terapia de nutrición

** (Se requiere autorización previa para la terapia de nutrición médica por un valor de \$500 o más por un único artículo o varias unidades de un único artículo.)*

Tabla de beneficios: servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos

Servicios y suministros terapéuticos y exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios*

Los servicios cubiertos incluyen:

- Rayos X.
- Radioterapia.
- Suministros quirúrgicos, tales como vendajes.
- Suministros como férulas y yesos.
- Análisis de laboratorio.
- Sangre y productos de la sangre, incluido su almacenamiento y administración.

**Se requiere autorización previa para los siguientes servicios.*

- Exploraciones por TC.
- MRI/MRA
- Cardiología nuclear
- Exploración PET

\$0 de copago para los exámenes de diagnóstico ambulatorios cubiertos y servicios y suministros terapéuticos.

Tabla de beneficios: servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos

Atención de la visión

Los servicios cubiertos de Medicare incluyen:

- Servicios médicos ambulatorios para la atención de la visión.
- Para personas con alto riesgo de sufrir glaucoma, como aquéllas con antecedentes familiares, diabéticas y afroamericanas de 50 años o más: examen de detección de glaucoma una vez por año
- Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. Marcos/lentes correctivos (y reemplazos) necesarios después de una cirugía de cataratas sin implante de lentes.

\$0 de copago para los servicios para la visión cubiertos por Medicare.

\$0 de copago para exámenes oculares de rutina por año calendario (hasta 4).

Si desea comprar artículos para la vista por un valor superior a \$150 por año calendario, deberá pagar el monto que supere los \$150. (Este límite no corresponde para los casos de cirugía de cataratas).

Los servicios adicionales incluyen:

- Hasta uno (1) exámenes oculares de rutina por año calendario.

Anteojos

- Un (1) par de anteojos por año calendario.
- Puede recibir marcos del proveedor y lentes estándar o hasta \$90 para marcos de otros proveedores.

O

Lentes de contacto

- Un (1) par de lentes de contacto estándar por año calendario o hasta \$150 para lentes de contacto especiales por año.

No se necesita canalización para los servicios adicionales, sin embargo, debe recibirlos de un proveedor de la red.

Atención preventiva y pruebas de detección

Exploración de aneurisma abdominal en la aorta

Un ultrasonido único para los pacientes en riesgo. Medicare sólo cubre esta exploración si obtiene una canalización como resultado de el examen físico de bienvenida a Medicare.

\$0 de copago para la exploración de aneurisma abdominal de la aorta cubierta por Medicare.

Tabla de beneficios: servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos

Exámenes de densitometría ósea* (*Requiere autorización previa*)

\$0 de copago para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.

Para personas calificadas (generalmente se refiere a personas en riesgo de perder densidad ósea o de sufrir osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 2 años o con más frecuencia, de ser necesario desde el punto de vista médico: procedimientos para identificar la densidad ósea, detectar la pérdida de ésta o determinar la calidad ósea, incluida una interpretación de los resultados por parte del médico.

Examen colorrectal

Las personas de 50 años de edad y mayores tienen los siguientes servicios cubiertos:

- Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses.
- Análisis de sangre oculta en heces, cada 12 meses.

\$0 de copago para exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.

Para las personas con alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal cubrimos:

- Examen de colonoscopia (o enema de bario como alternativa) cada 24 meses.

Para las personas sin alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal cubrimos:

- Examen de colonoscopia cada 10 años, pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia.

Vacunaciones

Los servicios cubiertos incluyen:

- Vacuna neumocócica
- Vacunas antigripales, una vez al año, en otoño o invierno.
- Vacuna contra la hepatitis B si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.
- Otras vacunas si presenta riesgos.

\$0 de copago para las vacunas antigripales y contra la neumonía cubiertas por Medicare.

\$0 de copago para la vacuna contra la hepatitis B cubierta por Medicare.

Además cubrimos algunas vacunas con nuestro beneficio de fármacos recetados para pacientes ambulatorios.

Tabla de beneficios: servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos
<p>Mamografías Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de referencia entre los 35 y los 39 años de edad. • Un examen cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. 	<p>\$0 de copago para las mamografías cubiertas por Medicare.</p>
<p>Papanicolau, exámenes pélvicos y examen clínico de mamas Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los Papanicolau, exámenes pélvicos y exámenes clínicos de mamas están cubiertos para todas las mujeres una vez cada 24 meses. • Si presenta alto riesgo de sufrir cáncer de cuello del útero o ha tenido un Papanicolau con un resultado anormal y está en edad de procrear: un Papanicolau cada 12 meses. 	<p>\$0 de copago para Papanicolau y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Exámenes de detección de cáncer de próstata Los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses para hombres de 50 años o mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen digital del recto. • Examen de antígeno prostático específico (PSA). 	<p>\$0 de copago para los exámenes de detección de cáncer de próstata cubiertos por Medicare.</p>
<p>Examen de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías relacionadas con un alto riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares).</p>	<p>\$0 de copago para el examen de enfermedad cardiovascular cubierto por Medicare.</p>
<p>Exámenes físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen físico de rutina por año. • Un examen físico único para los miembros dentro de los primeros 12 meses de inscripción en Medicare Parte B. Incluye medición de altura, peso, índice de masa corporal y presión arterial; planificación de los servicios de defunción; educación, asesoramiento y canalización relacionados con los exámenes y servicios preventivos cubiertos. No incluye análisis de laboratorio. 	<p>\$0 de copago para exámenes de rutina anuales. \$0 de copago para exámenes de rutina únicos.</p>

Tabla de beneficios: servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos

Otros Servicios

Diálisis (riñón)

\$0 de copago para el servicio de diálisis cubierto por Medicare.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso estando temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en la Sección 2).
- Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si está hospitalizado para recibir atención especial).
- Capacitación en autodiálisis (incluye la capacitación para usted y para la persona que lo ayude con su tratamiento de diálisis en su hogar).
- Equipo y suministros para diálisis en su hogar.
- Ciertos servicios de apoyo en su hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar la diálisis en su hogar, para asistirlo en casos de emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua).

Tabla de beneficios: servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos

Fármacos recetados de Medicare Parte B

Estos fármacos están cubiertos por la Parte B del plan Original Medicare. Los miembros de nuestro Plan reciben cobertura para estos fármacos a través de nuestro Plan. Los fármacos cubiertos incluyen:

- Fármacos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan mientras recibe la atención de su médico.
- Fármacos que consume por medio de un equipo médico duradero (como nebulizadores), autorizados por el Plan.
- Factores de coagulación autoadministrados si padece de hemofilia.
- Fármacos inmunosupresores, si estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento de recibir un trasplante de órgano.
- Fármacos inyectables para la osteoporosis, si está postrado en su hogar, tiene una fractura cuya causa certificada por un médico se relaciona con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el fármaco.
- Antígenos.
- Ciertos fármacos anticancerígenos y antináuseas de vía oral.
- Ciertos fármacos para diálisis en su hogar, incluidos: heparina, antídoto para heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoiesis (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetina alfa o Darbepoetin Alfa).
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de la inmunodeficiencia primaria en su hogar.

\$0 de copago para los fármacos cubiertos de la Parte B.

En la Sección 2 se explica el beneficio de los fármacos recetados de la Parte D y las reglas que debe seguir para que estén cubiertos. Más adelante encontrará información sobre cuánto debe pagar por los fármacos recetados de la Parte D a través de nuestro Plan.

Tabla de beneficios: servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos

Beneficios adicionales

Servicios dentales

Los servicios cubiertos por Medicare de un dentista o cirujano dental se limitan a: cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en casos de enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico.

\$0 de copago para los servicios de dentales cubiertos por Medicare.

Servicios de audición

- Exámenes diagnósticos de la audición.
- Pruebas de audición de rutina.
- Colocación y prueba de audífonos.

\$0 de copago para exámenes diagnósticos de audición cubiertos por Medicare.

\$0 de copago para:
 - pruebas de audición de rutina
 - colocación y prueba de audífonos

Programas educativos de bienestar y salud

- Programa sobre enfermedades cardíacas
- Programa sobre diabetes
- Programa sobre asma
- Programa para dejar de fumar
- Boletín
- Programa de bienestar
 - Uso obligatorio de un centro de ejercitación del Plan.
 - Acceso a un centro de ejercitación por mes calendario.
 - Inscripción estándar a un centro de ejercitación.
 - Productos de ejercitación para el hogar.

\$0 de copago para programas educativos de salud y bienestar.

Tabla de beneficios: servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar al recibir estos servicios cubiertos

Transporte

\$0 de copago para el transporte.

- Veinticuatro (24) viajes simples para llegar a centros aprobados por el Plan por año calendario.
- Los centros aprobados por el Plan incluyen transporte que no sean de urgencia a las visitas con el médico; para recibir atención dental, de la visión, audición y atención de la salud conductual; y a farmacias y centros de salud.
- Se pueden aplicar normas de programación.
Comuníquese al 1-866-670-3063 (TTY 1-800-855-2880) al menos 3 días antes de la cita para programar el transporte.

Cuánto debe pagar por los fármacos recetados de la Parte D

Esta sección incluye una tabla que indica cuánto debe pagar por los fármacos recetados. Estos son beneficios que recibe por ser miembro de nuestro Plan. (Los fármacos cubiertos por la Parte B se describen más arriba en esta sección, en “Exclusiones generales”, más adelante, encontrará información sobre los fármacos que no están cubiertos.) Para obtener más información sobre los beneficios, consulte el Resumen de beneficios. Si no tiene una copia actual de éste, puede verla en nuestro sitio Web o solicitar una en el Departamento de Servicios para Miembros.

¿Cuánto debe pagar por los fármacos cubiertos por este Plan?

Cuando completa una receta por un fármaco recetado, puede pagar parte del costo. El monto que deberá pagar dependerá del nivel de cobertura en el que se encuentre (es decir, período de cobertura inicial, período después de alcanzar el límite de su cobertura inicial y nivel catastrófico), del tipo de fármaco y de que complete sus recetas en una farmacia de la red o externa a la red. A continuación se describe cada fase del beneficio. Consulte el vademécum de su Plan para saber qué fármacos cubrimos y a qué nivel pertenecen. (En esta sección se incluye más información sobre el vademécum.)

Si cumple con los requisitos para recibir ayuda adicional con su cobertura de fármacos, los costos de estos pueden ser diferentes de los que se describen a continuación. Para obtener más información, consulte el “Anexo de la Prueba de Cobertura para quienes reciben ayuda adicional para el pago de sus fármacos recetados”. Si no reúne los requisitos para recibir ayuda adicional, consulte “¿Cumple con los requisitos para recibir la ayuda adicional?” en la [Sección 1](#).

Período de cobertura inicial

Durante el **período de cobertura inicial**, pagaremos una parte de los costos de sus fármacos recetados y usted pagará la otra parte. El monto que paga usted al comprar un fármaco recetado se denomina copago. Éste dependerá del fármaco y del lugar donde complete la receta.

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

Usted pagará lo siguiente por sus fármacos recetados cubiertos:

Nivel del fármaco	Costo compartido minorista de la red (suministro para 30 días)	Costo compartido de la red a largo plazo (suministro para 31 días)	Costo compartido fuera de la red (suministro para 30 días)
Nivel 1 — Genérico	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 — Marca de preferencia	Usted paga \$3.20 ó \$6.00 por cada fármaco recetado cubierto que sea de marca, según su nivel de ingresos.	Usted paga \$3.20 ó \$6.00 por cada fármaco recetado cubierto que sea de marca, según su nivel de ingresos.	Usted paga \$3.20 ó \$6.00 por cada fármaco recetado cubierto que sea de marca, según su nivel de ingresos.
Nivel 3 — Marca	Usted paga \$3.20 ó \$6.00 por cada fármaco recetado cubierto que sea de marca, según su nivel de ingresos.	Usted paga \$3.20 ó \$6.00 por cada fármaco recetado cubierto que sea de marca, según su nivel de ingresos.	Usted paga \$3.20 ó \$6.00 por cada fármaco recetado cubierto que sea de marca, según su nivel de ingresos.
Nivel 4 — Marca especializada	Usted paga \$3.20 ó \$6.00 por cada fármaco recetado cubierto que sea de marca, según su nivel de ingresos.	Usted paga \$3.20 ó \$6.00 por cada fármaco recetado cubierto que sea de marca, según su nivel de ingresos.	Usted paga \$3.20 ó \$6.00 por cada fármaco recetado cubierto que sea de marca, según su nivel de ingresos.

Una vez que el costo total de sus fármacos alcance los \$2,615, alcanzará el **límite de cobertura inicial**. Éste se calcula con la suma de los pagos realizados por el Plan y por usted. Si otras personas, organizaciones, empleadores o sindicatos actuales o anteriores y otros planes o pólizas de seguro lo ayudan a pagar los fármacos en este Plan, el monto que ellos gasten también se sumará para calcular su límite de cobertura.

Ofrecemos cobertura adicional para ciertos fármacos recetados no cubiertos normalmente por un plan de fármacos recetados de Medicare. Los pagos realizados por estos fármacos no se sumarán para calcular su límite de cobertura. Para saber qué fármacos cubre nuestro Plan, consulte el vademécum.

Diferencia de cobertura

Después de alcanzar \$2,615 del costo de los fármacos, continuaremos proporcionándole cierta cobertura para fármacos recetados hasta que los costos de desembolso total alcancen los \$4,350.

Usted u otras personas en su nombre pagarán:

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

- \$1.10 o \$2.40 por cada fármaco recetado cubierto que sea genérico, según su nivel de ingresos.
- \$3.20 o \$6.00 por cada fármaco recetado cubierto que sea de marca o especializado, según su nivel de ingresos.

Una vez que sus costos de desembolso alcancen los \$4,350, cumplirá los requisitos para la cobertura catastrófica.

Cobertura catastrófica

Todos los planes de fármacos recetados de Medicare incluyen cobertura catastrófica para personas con grandes gastos en fármacos. Para cumplir con los requisitos para esta cobertura, sus gastos por fármacos recetados deben alcanzar los \$4,350 por año. Cuando el monto total que ha pagado en concepto de copagos y el costo cubierto por los fármacos de la Parte D después de alcanzar el límite de cobertura inicial alcanzan los \$4,350, reunirá los requisitos para la cobertura catastrófica. Con esta cobertura, deberá pagar: \$0 por los fármacos genéricos o fármacos considerados genéricos. Nosotros pagaremos el resto.

Nota: como mencionamos anteriormente, ofrecemos cobertura adicional para ciertos fármacos recetados no cubiertos normalmente por un plan de fármacos recetados de Medicare. El monto que debe pagar al completar una receta por estos fármacos no se suma para calcular el límite de cobertura inicial o el total de costos desembolsados (es decir, el monto que paga no lo ayuda para tener más beneficio ni para recibir la cobertura catastrófica).

Cobertura de vacunas (con la administración incluida)

El beneficio de fármacos recetados de nuestro Plan cubre varias vacunas, incluida la administración de la vacuna. El monto por el que será responsable dependerá de cómo y quién administre la vacuna. Además, tenga en cuenta que en algunas situaciones, la vacuna y su administración se facturarán de forma separada. En ese caso, puede pagar montos de costo compartido separados por la vacuna y por la administración de ésta.

La siguiente tabla describe algunos de esos casos. Tenga en cuenta que en algunos casos, recibirá la vacuna de alguien que no pertenece a nuestra red de farmacias y es posible que deba pagar todo el costo de la vacuna y su administración por anticipado. Deberá enviarnos por correo los recibos, de acuerdo con nuestra política de reclamaciones para proveedores externos a la red (consulte la [Sección 2](#)), y luego le reembolsaremos hasta nuestro copago habitual para esa vacuna. En algunos casos, usted será responsable de las diferencias entre lo que pagamos y lo que le cobre el proveedor externo a la red. La siguiente tabla proporciona ejemplos de cuánto podría costarle obtener una vacuna (incluida su administración) con nuestro Plan. Los costos reales de la vacuna variarán según el tipo de vacuna y si la administra un farmacéutico u otro proveedor.

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

Si recibe la vacuna en:	Y se la administra:	Deberá pagar (y/o se le reembolsará)
La farmacia	El farmacéutico (sólo posible en algunos Estados)	Deberá pagar el copago habitual por el servicio.
Su médico	Su médico	Deberá pagar por adelantado la totalidad del costo de la vacuna y su administración. Le reembolsaremos el monto menos el coseguro del que usted sea responsable.*
La farmacia	Su médico	Deberá pagar el copago en la farmacia y la totalidad del monto que cobre el médico por la administración de la vacuna. Le reembolsaremos el último monto menos el copago o coseguro del que usted sea responsable.*

* Si recibe ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia.

Podemos proporcionarle información sobre los costos relacionados con las vacunas (incluidos los de su administración) disponibles con nuestro Plan, antes de consultar a su médico. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

¿Cómo se calcula el costo de desembolso?

¿Qué tipo de fármacos recetados se tienen en cuenta para los costos de desembolso?

Los siguientes tipos de pagos para fármacos recetados pueden tenerse en cuenta para los costos de desembolso y lo ayudarán a reunir los requisitos para la cobertura catastrófica siempre que el fármaco que paga sea un fármaco de la Parte D o fármaco de transición, esté incluido en el vademécum (o si obtiene una respuesta favorable sobre una solicitud de determinación de la cobertura, solicitud de excepción o apelación), lo obtenga en una farmacia de la red (o tenga la reclamación aprobada de una farmacia externa a la red) y cumpla con otros requisitos de cobertura.

- Sus copagos hasta el límite de cobertura inicial.
- Los pagos que haya realizado este año con otro plan de fármacos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro Plan.

Cuando haya alcanzado un total de \$4,350 por estos fármacos, alcanzará el nivel de cobertura catastrófica.

¿Qué tipo de fármacos recetados no se tienen en cuenta para los costos de desembolso?

Los siguientes tipos de pagos para los fármacos recetados **no se tendrán en cuenta** para los costos de desembolso:

- Fármacos recetados comprados fuera de los Estados Unidos
- Fármacos recetados no cubiertos por el Plan
- Fármacos recetados que obtiene en una farmacia externa a la red cuando la compra no reúne los requisitos para la cobertura fuera de la red.
- Fármacos recetados cubiertos por la Parte A o Parte B.
- Fármacos de la Parte D cubiertos por nuestra cobertura adicional pero que normalmente no están cubiertos por un plan de fármacos recetados de Medicare. Los pagos realizados por estos fármacos tampoco se sumarán para calcular su límite de cobertura. Más adelante en esta sección encontrará información sobre los fármacos excluidos que no pertenecen a la Parte D que podemos cubrir como parte de nuestra cobertura adicional.

¿Quién puede pagar sus fármacos recetados y cómo puede usar esos pagos para cubrir sus costos de desembolso?

Todo pago que realice por fármacos de la Parte D cubiertos por nosotros se tiene en cuenta como costo de desembolso y lo ayuda a cumplir los requisitos para recibir la cobertura catastrófica. Además, cuando las siguientes personas u organizaciones pagan los gastos de esos fármacos recetados, estos se tendrán en cuenta como costos de desembolso y lo ayudarán a cumplir los requisitos para recibir la cobertura catastrófica:

- Familiares u otras personas.
- Programas Estatales de Atención Farmacéutica (SPAP) (los SPAP reciben diferentes nombres en cada Estado. Consulte el nombre y el número de teléfono del SPAP de su área en la [Sección 8](#)).
- Programas Medicare que le proporcionan ayuda adicional con la cobertura de fármacos recetados.
- La mayoría de las organizaciones benéficas que pagan costos compartidos en su nombre. Tenga en cuenta que si su empleador o sindicato actual o anterior crearon la organización benéfica, la administran o la controlan, los pagos no se tendrán en cuenta para los costos de desembolso.

Los pagos realizados por los siguientes planes y acuerdos no se tienen en cuenta para los costos de desembolso:

- Planes de salud grupales.
- Planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno (por ejemplo, TRICARE, VA, Indian Health Service, programas de atención de fármacos para el SIDA).

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

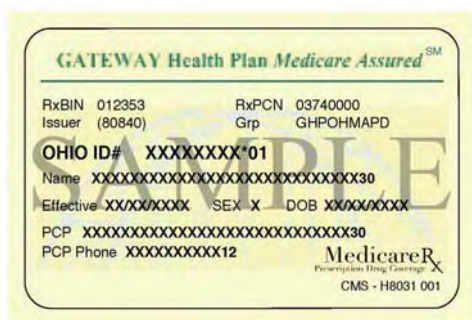
- Acuerdos con terceras partes con obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, beneficios compensatorios para los trabajadores).

Infórmenos si tiene cobertura de terceros como los que se mencionan arriba, que pagan parte de sus costos de desembolso.

Nos haremos responsables de llevar un seguimiento de sus gastos de desembolso y le informaremos cuando haya cumplido los requisitos para la cobertura catastrófica. Si no tiene cobertura o está en un período deducible y ha comprado un fármaco cubierto por la Parte D en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento fuera del beneficio del Plan, puede presentar la documentación y solicitar que se tenga en cuenta para su cobertura catastrófica. Además, por cada mes en el que compre fármacos recetados cubiertos por nosotros, le entregaremos una Explicación de beneficios que le mostrará el monto de sus costos de desembolso a la fecha.

Ejemplo de la tarjeta de inscripción al Plan

A continuación le mostramos un ejemplo de la tarjeta de inscripción al Plan. Consulte la [Sección 1](#) para obtener más información sobre su uso.



Exclusiones generales

Introducción

El objetivo de esta parte de la Sección 10 es informarle acerca de la atención y los servicios médicos, los artículos y los fármacos que no están cubiertos (“excluidos”) o limitados por nuestro Plan. La siguiente lista ofrece información sobre estas exclusiones y limitaciones. Allí se describen los servicios, artículos y fármacos que no están cubiertos bajo ninguna condición y algunos servicios cubiertos solamente bajo condiciones específicas. (En la Tabla de beneficios también se explican algunas restricciones o limitaciones que se aplican a ciertos servicios).

Si recibe servicios, artículos y/o fármacos que no estén cubiertos, usted será quien deba pagarlos

No pagamos por las exclusiones que se encuentran enumeradas en esta sección (o en cualquier parte de este EOC), como tampoco lo hará el plan Original Medicare, a menos que resulten ser servicios, artículos o fármacos que debamos pagar o cubrir bajo apelación (las apelaciones se analizan en la [Sección 5](#)).

¿Qué servicios no están cubiertos o están limitados por nuestro Plan?

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios o en cualquier otro lugar de esta EOC, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por el plan Original Medicare o nuestro Plan:**

1. Servicios no razonables o necesarios, según las normas del plan Original Medicare, a menos que estos servicios estén en la lista de nuestro Plan como servicio cubierto.
2. Equipos, fármacos y procedimientos quirúrgicos y de medicina en investigación o experimental, a menos que estén cubiertos por el plan Original Medicare o, en el caso de algunos servicios, procedimientos cubiertos que formen parte de un ensayo clínico aprobado. Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) continuarán pagando a través de Original Medicare los artículos y servicios para ensayos clínicos cubiertos, según la Determinación de Cobertura Nacional de septiembre de 2000, que se proporcionen a miembros del Plan. Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro Plan y el plan Original Medicare definen generalmente como no aceptados por la comunidad médica.
3. El tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida a menos que sea una necesidad médica y cubierta por el plan Original Medicare.
4. Habitaciones privadas en un hospital, a menos que sea una necesidad médica.
5. Servicio de enfermería privada.
6. Artículos para mayor comodidad personal, tales como un teléfono o televisor en su habitación en el hospital o en un centro de enfermería especializada.
7. Atención de enfermero/a de tiempo completo en el hogar.
8. Cuidados asistenciales, a menos que se proporcionen junto con la atención de enfermería especializada y/o servicios de rehabilitación especializados cubiertos. Esto incluye los servicios para ayudar a las personas con las actividades de la vida cotidiana, como caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer y usar el baño, preparar dietas especiales y supervisar los medicamentos que generalmente son autoadministrados.
9. Servicios de auxiliar de salud.

10. Costos infligidos por familiares cercanos o miembros de su grupo familiar.
11. Comidas entregadas en su domicilio.
12. Procedimientos de mejora voluntarios u optativos, servicios, suministros y fármacos, que incluyen entre otros: pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines cosméticos, antienvjecimiento y rendimiento mental, a menos que sea una necesidad médica.
13. Procedimientos o cirugía plástica, *a menos que* sean necesarios debido a lesiones por accidente o para mejorar la función de una parte del cuerpo con malformaciones. Todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre la que se realizó una mastectomía están cubiertas, así como también las de la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
14. La asistencia quiropráctica generalmente no está cubierta en el plan (con excepción de la terapia manual de la columna vertebral) y está limitada según las pautas de Medicare.
15. El cuidado de pies de rutina generalmente no está cubierto por el plan y está limitado según las pautas de Medicare.
16. Zapatos ortopédicos, a menos que sean parte de un aparato ortopédico y que estén incluidos en el costo de éste. Excepción: los zapatos terapéuticos están cubiertos para personas con enfermedad del pie diabético.
17. Cuidado dental rutinario (como limpiezas, rellenos o dentadura postiza) u otros servicios dentales. Los ciertos servicios dentales que usted consigue cuando usted es en el hospital serán cubiertos.
18. Dispositivo de apoyo para los pies. Excepción: los zapatos ortopédicos o terapéuticos están cubiertos para personas con enfermedad del pie diabético.
19. La queratotomía radial, la cirugía LASIK, el tratamiento u otros servicios para la visión deficiente.
20. Medicación recetada autoadministrada para el tratamiento de la disfunción sexual, incluyendo disfunción eréctil, impotencia, anorgasmia o hiperorgasmia.
21. Reversión de procedimientos de esterilización, operaciones de cambio de sexo y aparatos y suministros anticonceptivos no recetados.
22. Acupuntura.
23. Servicios de naturópatas.
24. Servicios de asesoramiento o de canalización a los que nuestro Plan se opone basado en fundamentos morales o religiosos. En el caso de nuestro Plan, no proporcionaremos servicios de asesoramiento o canalización relacionados con servicios de anticoncepción, servicios de esterilización femenina, servicios de esterilización masculina y servicios de aborto. En la medida en que estos servicios estén cubiertos por Medicare, también estarán cubiertos a través de un proceso alternativo.

25. Servicios proporcionados a veteranos en los centros de Asuntos de Veteranos (VA). No obstante, en el caso de servicios de emergencia recibidos en un hospital de VA, si los costos compartidos de VA son mayores que los costos compartidos que exige nuestro Plan, la diferencia se reembolsará. Los miembros siguen siendo responsables por el monto de los costos compartidos de nuestro Plan.
26. Cualquiera de los servicios no cubiertos que se enumeran arriba siguen sin cobertura aunque se reciban en un centro de emergencias. Por ejemplo, los servicios de emergencia por las afecciones de rutina no autorizadas que no parezcan una emergencia médica para una persona razonable no están cubiertas si se recibieron en un centro de emergencia.

Fármacos excluidos

En esta parte de la Sección 10 se explican los fármacos que están “excluidos”, es decir, que normalmente no están cubiertos por el plan de fármacos de Medicare. Si recibe servicios que no estén cubiertos, usted será quien deba pagarlos. No pagamos por las exclusiones que se encuentran enumeradas en esta sección (o en cualquier parte de esta EOC), como tampoco lo hará el plan Original Medicare, a menos que resulten ser fármacos que debamos pagar o cubrir bajo apelación (las apelaciones se analizan en la Sección 5).

- Un plan de fármacos recetados de Medicare no puede cubrir un fármaco que estaría cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Un plan de fármacos recetados de Medicare no puede cubrir un fármaco comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Un plan de fármacos recetados de Medicare puede cubrir usos no prescritos (es decir, usos distintos a los indicados en el prospecto del fármaco según la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos) de un fármaco recetado sólo en los casos donde el uso esté respaldado por determinadas citas de libros de referencia. El Congreso enumeró específicamente los libros de referencia que mencionan si se puede permitir el uso no prescrito. (Los libros de referencia son: American Hospital Formulary Service Drug Information, the DRUGDEX Information System y USPDI o la versión posterior). Si el uso no está respaldado por uno de estos libros de referencia, conocidos como compendios, se considerará que el fármaco no pertenece a la Parte D y nuestro Plan no puede cubrirlo.

Además, según lo exige la ley, algunos tipos de fármacos o algunas categorías de fármacos no están cubiertos por los planes de fármacos recetados de Medicare. Estos fármacos no se consideran fármacos Parte D y se pueden denominar “exclusiones” o “fármacos no Parte D”. Entre estos fármacos están:

Fármacos no prescritos (o sin prescripción médica)	Fármacos que se usan para tratar la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
Fármacos usados para estimular la fertilidad	Fármacos usados para fines cosméticos o crecimiento del cabello
Fármacos usados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfrío	Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

Fármacos para pacientes ambulatorios en los que el fabricante solicite pruebas asociadas o servicios de monitoreo que él fabrica como condición de venta	Barbitúricos y benzodiazepinas
Fármacos, tales como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject, usados para el tratamiento de disfunciones sexuales o de la erección.	

Ofrecemos cobertura adicional para ciertos fármacos recetados no cubiertos normalmente por un plan de fármacos recetados de Medicare. Consulte el vademécum para conocer cuáles son los fármacos para los que ofrecemos cobertura adicional o llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas. El monto que deberá pagar al completar una receta para algunos de estos fármacos no lo califican para recibir una cobertura catastrófica. Además, si recibe ayuda adicional de Medicare para pagar sus recetas, la ayuda adicional no será para pagar estos fármacos. Consulte el vademécum o llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Si recibe ayuda adicional, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos fármacos recetados que normalmente no están cubiertos por el plan de fármacos de Medicare. Comuníquese con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de fármacos está disponible para usted.

Índice

1. Introducción	2
¡Gracias por ser miembro de nuestro Plan!	2
Requisitos	3
Requisitos especiales para este Plan	3
El área geográfica de servicio de nuestro Plan.	3
¿Cómo actualizo mis registros de inscripción?	3
Materiales que recibirá de nuestro Plan	4
Tarjeta de inscripción al Plan	4
El directorio de proveedores contiene un listado de los proveedores de la red.	4
El directorio de proveedores contiene una lista de farmacias de la red adheridas al Plan.	4
Explicación de beneficios Parte D	5
¿Qué es la Explicación de beneficios?	5
¿Qué información incluye la Explicación de beneficios?	5
Su prima mensual del plan	5
¿Qué es la sanción por inscripción tardía del plan de fármacos recetados de Medicare?	6
¿Cuál es la ayuda adicional disponible para ayudarme a pagar los costos de mi plan?	7
¿Cumple con los requisitos para recibir la ayuda adicional?	7
¿Cómo cambian los costos al recibir ayuda adicional?	8
¿Qué ocurre si cree que cumple con los requisitos para la ayuda adicional y cree que está pagando un monto de copago incorrecto?	8
Información importante	8
2. Cómo recibir atención y fármacos recetados	9
Cómo recibir atención	9
¿Qué son los “proveedores”?	9
¿Qué son los “proveedores de la red”?	9
¿Qué son los “servicios cubiertos”?	9
¿Cuánto debe pagar por los “servicios cubiertos”?	9
Proveedores que puede utilizar para recibir los servicios cubiertos por nuestro Plan	9
¿Qué debe hacer con las facturas del proveedor?	10
Elección del proveedor primario de cuidados médicos (PCP)	10
¿Qué es un PCP?	10
¿Cómo puede elegir un PCP?	11
¿Cómo recibe atención de su PCP?	11
¿Qué servicios puede recibir sin la canalización (aprobación previa) de su proveedor primario de cuidados médicos (PCP)?	12

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

¿Cómo recibe la atención de los médicos, especialistas y hospitales?	12
¿Cómo puede cambiar de PCP?	13
¿Qué sucede si el médico u otro proveedor abandona el Plan?	13
Atención si tiene una emergencia médica o necesidad de atención urgente	13
¿Qué es una “emergencia médica”?	13
Si tiene una emergencia médica:	13
¿Qué servicios están cubiertos en caso de emergencias médicas?	14
¿Qué ocurre si no se trataba de una emergencia médica?	14
¿Qué es la atención de urgencia?	14
¿Cuál es la diferencia entre “emergencia médica” y “atención de urgencia”?	15
Cómo recibir atención de urgencia	15
Cómo presentar una reclamación por una emergencia o atención de urgencia	15
¿Cuál es el costo de los servicios que no están cubiertos por el Plan?	15
¿Cómo puede participar en un ensayo clínico?	16
Cómo acceder a la atención en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica	17
¿Cuánto debe pagar por los fármacos recetados?	17
Si tiene Medicare y Medicaid	17
¿Qué fármacos cubre este Plan?	17
¿Qué es un vademécum?	17
¿Cómo puede saber qué fármacos aparecen en el vademécum?	18
¿Qué son los niveles de fármacos?	18
¿Puede cambiar el vademécum?	18
¿Qué ocurre si un fármaco no se encuentra en el vademécum?	19
Política de transición	19
Programas de administración de fármacos	20
Administración de uso	20
Revisión del uso de fármacos	21
Programas de administración de farmacoterapia	22
¿De qué manera afecta la inscripción en este Plan a la cobertura de fármacos de Medicare Parte A o Parte B?	22
Si está inscrito en un plan grupal de un empleador o de jubilados	22
Uso de las farmacias de la red para obtener los fármacos recetados	23
¿Qué ocurre si una farmacia deja de pertenecer a la red?	23
¿Cómo debe solicitar un fármaco recetado en una farmacia de la red?	24
¿Cómo completar recetas fuera de la red?	24
¿Cómo presentar una reclamación?	25
¿Cómo funciona la cobertura de fármacos recetados si debe dirigirse a un hospital o centro de enfermería especializada?	26
Farmacias de atención a largo plazo (LTC)	27

Farmacias de infusiones preparadas	27
Puede recibir algunas vacunas y fármacos en el consultorio de su médico	27
3. Sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro Plan.....	28
Introducción acerca de sus derechos y protecciones	28
Su derecho a ser tratado con dignidad, respeto y equidad	28
Su derecho a la privacidad de sus registros médicos e información personal sobre su salud	28
Su derecho a consultar a proveedores de la red, a recibir los servicios cubiertos y a que se completen sus recetas dentro de un plazo razonable	29
También tiene derecho a acceder sin demora a sus recetas en cualquier farmacia de la red.	29
Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar de las decisiones sobre su atención médica	29
Su derecho a utilizar directivas previas (como un testamento en vida o un poder)	30
Su derecho a recibir información acerca de nuestro Plan	30
Su derecho a recibir información en otros formatos	31
Su derecho a obtener información acerca nuestra red de farmacias y proveedores	31
Su derecho a recibir información acerca de los fármacos recetados, atención médica o servicios médicos por la Parte C y los costos	31
Su derecho a presentar quejas	31
Cómo obtener más información acerca de sus derechos	32
¿Qué puede hacer si considera que fue tratado injustamente o que sus derechos no están siendo respetados?	32
Sus responsabilidades como miembro de nuestro Plan incluyen:	32
4. Cómo presentar un reclamo	34
¿Qué es un reclamo?	34
¿Qué tipo de problemas pueden llevarlo a presentar un reclamo?	34
¿Cómo puede presentar un reclamo?	35
Cómo presentar un reclamo ante nuestro Plan	35
Reclamos rápidos	36
Por problemas de calidad de atención, también puede reclamar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).	37

5. Reclamos y apelaciones acerca de los fármacos recetados de la Parte D y/o atención o servicios médicos de la Parte C.....	38
Introducción	38
PARTE 1. Solicitudes para fármacos de la Parte D y/o atención o servicios médicos o pagos	38
Determinaciones iniciales	39
A continuación se proporcionan ejemplos de solicitudes de determinación inicial:	39
¿Qué es una excepción?	40
¿Quién puede solicitar una determinación inicial?	41
Solicitud de una determinación inicial “estándar” o “rápida”	41
Solicitud de una decisión estándar	41
Solicitud de una decisión rápida	41
¿Qué ocurre cuando solicita una determinación inicial?	42
¿Qué ocurre si decidimos completamente a su favor?	44
¿Qué ocurre si la decisión es desfavorable?	44
Nivel de Apelación 1: apelación al Plan	45
¿Quién puede presentar su apelación de la determinación inicial?	45
¿Con qué rapidez debe presentar su recurso de apelación?	45
Cómo presentar su apelación	45
Información para respaldar su apelación	46
¿Con qué rapidez debemos decidir sobre su apelación?	47
¿Qué ocurre si decidimos completamente a su favor?	48
Nivel de Apelación 2: Organización Revisora Independiente (IRE)	48
Cómo presentar su apelación	49
¿Cuál es el tiempo de decisión de la IRE?	49
Si la IRE decide completamente a su favor:	49
Nivel de Apelación 3: Juez de derecho administrativo (ALJ)	50
Cómo presentar su apelación	50
El ALJ no revisará su apelación si el valor en dólares del fármaco de la Parte D y/o atención o servicio médico de la Parte C no cumple con el requisito mínimo especificado en la decisión de la IRE. Si el valor es menor al mínimo requerido, no podrá apelar más.	50
¿Con qué rapidez el juez toma una decisión?	50
Si el juez decide a su favor:	50
Nivel de Apelación 4: Consejo de apelaciones de Medicare (MAC)	50
Cómo presentar su apelación	50
¿Con qué rapidez tomará una decisión el Consejo?	51
Si el Consejo decide a su favor:	51
Nivel de Apelación 5: Tribunal Federal	51
Cómo presentar su apelación	51
¿Con qué rapidez el juez toma una decisión?	51
Si el juez decide a su favor:	51
Si el juez decide en su contra:	52

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

Decisiones favorables del ALJ, MAC o un Juez del Tribunal Federal	52
PARTE 2. Quejas (apelaciones) en caso de considerar que fue dado de alta muy pronto del hospital	52
Información que debe recibir durante su internación hospitalaria	52
Revisión de su alta hospitalaria por parte de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad	53
¿Qué es la “Organización para el Mejoramiento de la Calidad”?	53
Solicitud para que la QIO revise el alta hospitalaria	53
¿Qué ocurre si la QIO decide a su favor?	54
¿Qué sucede si la QIO está de acuerdo con el alta?	54
¿Qué sucede si apela la decisión de la QIO?	54
¿Qué ocurre si no solicita una revisión de la QIO antes de la fecha límite?	55
PARTE 3. Quejas (apelaciones) si considera que la cobertura de los servicios en un centro de enfermería especializada, agencia de atención médica a domicilio o centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios no dura lo suficiente	55
Información que recibirá durante su atención en un SNF, HHA o CORF	55
Solicitud para que la QIO revise nuestra decisión de finalizar la cobertura	56
¿Con qué anticipación debe solicitar una revisión de la QIO?	56
¿Qué ocurrirá durante la revisión de la QIO?	56
¿Qué ocurre si la QIO decide a su favor?	56
¿Qué sucede si la QIO está de acuerdo con la finalización de la cobertura?	57
¿Qué sucede si apela la decisión de la QIO?	57
¿Qué ocurre si no solicita una revisión de la QIO antes de la fecha límite?	57
6. Cómo dar de baja su inscripción.....	59
Baja voluntaria de la inscripción	59
Hasta que se efectivice la baja de su inscripción, debe recibir los servicios de Medicare y/o la cobertura de fármacos recetados a través de nuestro Plan	61
No podemos exigirle que abandone el Plan por motivos relacionados con su salud	61
Baja involuntaria de la inscripción	61
Tiene derecho a presentar una queja si lo damos de baja en nuestro Plan	62
7. Definiciones de palabras importantes que se utilizan en la EOC.....	63
8. Números de teléfonos y recursos útiles	70
Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros de nuestro Plan	70
Información de contacto para reclamos, determinaciones de las organizaciones, determinaciones de cobertura y apelaciones	71
Determinaciones de la organización Parte C (acerca de su atención y servicios médicos)	71
Otra información de contacto importante	73

Prueba de Cobertura (EOC) 2009

OSHIIP (Ohio Señor Health Insurance Information Program)	73
Ohio KePro	73
Cómo comunicarse con el programa Medicare	74
Medicaid	74
Seguro Social	74
Junta de Jubilación Ferroviaria	75
Cobertura por empleador (o “grupal”)	75
9. Notas legales	76
Notas sobre la ley vigente	76
Nota sobre la no discriminación	76
10. Cuánto debe pagar por sus beneficios médicos de la Parte C y/o fármacos recetados	77
Cuánto debe pagar por los beneficios médicos de la Parte C	77
¿Cuánto debe pagar por los servicios cubiertos?	77
Tabla de beneficios	77
Cuánto debe pagar por los fármacos recetados de la Parte D	94
¿Cuánto debe pagar por los fármacos cubiertos por este Plan?	94
¿Cómo se calcula el costo de desembolso?	97
Ejemplo de la tarjeta de inscripción al Plan	99
Exclusiones generales	99
Introducción	99
Si recibe servicios, artículos y/o fármacos que no estén cubiertos, usted será quien deba pagarlos	100
¿Qué servicios no están cubiertos o están limitados por nuestro Plan?	100
Fármacos excluidos	102
Índice	104



U.S. Steel Tower, Floor 41
600 Grant Street
Pittsburgh, PA 15219-2704

www.gatewayhealthplan.com