

1 de enero – 31 de diciembre del 2011

Evidencia de Cubierta:

Sus Beneficios de Salud y Servicios de Medicare

y su Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare

como afiliado a AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)

Este manual le provee detalles sobre su cubierta de salud de Medicare y su cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare desde el 1 de enero – 31 de diciembre del 2011. Le explica cómo obtener el cuidado de salud y los medicamentos recetados que necesita. Este es un documento legal importante. Favor de mantenerlo en un lugar seguro.

AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP) Servicios al Cliente:

Para ayuda o información, favor de llamar a Servicios al Cliente o visitar nuestra página de Internet: www.ahmpr.com.

1-888-620-1919 de 8:00 AM a 8:00 PM (Llamadas a este número son gratis)

Usuarios de TTY deben llamar al 1-866-620-2520

Este plan se ofrece a través de **American Health Medicare**. En esta Evidencia de Cubierta nos referimos a American Health Medicare como “nosotros” o “nuestro”. Nos referimos a **AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)** como “el plan” o “nuestro plan”.

American Health Medicare es una Organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare.

Esta información está disponible en diferentes formatos, incluyendo en inglés. Favor de llamar a Servicios al Cliente a los números listados arriba si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje.

This information is available in a different format, including Spanish. Please call Customer Services at the number listed above if you need plan information in another format or language

Los Beneficios, Formularios, las farmacias de la red, la prima y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero del 2012.

H5774_1025_11_02_S

Aprobado por CMS 12/01/2010

Tabla de Contenido

Esta lista de capítulos y números de páginas es solo su punto de partida. Para ayuda adicional en encontrar información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1: Comenzando como afiliado de *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)* 1

Le habla de lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y como usar este manual. Además le habla sobre materiales que estaremos enviándole, la prima de su plan, la tarjeta de membresía de su plan y cómo mantener su expediente del plan al día.

Capítulo 2. Recursos y Números de Teléfonos Importantes 10

Le habla de cómo contactar a nuestro plan (*AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)*) y otras organizaciones, incluyendo Medicare, el Programa de Asistencia para Seguros de Salud del Estado, la Organización para el Mejoramiento de Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa de seguro de salud del estado para personas de bajos ingresos), programas que ayudan a personas a pagar por sus medicamentos recetados y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Utilizando la cubierta del plan para sus servicios médicos 20

Le explica cosas importantes que usted debe de saber sobre cómo obtener su cuidado médico como afiliado a nuestro plan. Los temas incluyen el uso de los proveedores en la red del plan y de cómo obtener cuidado cuando usted tiene una emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 36

Provee los detalles sobre que tipos de cuidados médicos están cubiertos y cuales *no* están cubiertos para usted como afiliado de nuestro plan. Le dice cuanto usted deberá de pagar por el costo compartido de su cuidado médico cubierto.

Capítulo 5. Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 55

Explica las reglas que usted debe de seguir cuando adquiere sus medicamentos de la Parte D. Le dice como usar la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan para saber que medicamentos están cubiertos. Le dice que tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que aplican a su cubierta para ciertos medicamentos. Le explica donde obtener sus recetas. Le dice sobre los programas de plan para seguridad en la utilización de medicamentos y en el manejo de medicamentos.

Capítulo 6. Qué usted paga por Medicamentos Recetados de la Parte D 76

Le habla sobre los 3 periodos de cubierta para medicamentos (*Periodo de Cubierta Inicial, Periodo Sin Cubierta, Periodo de Cubierta Catastrófica*) y cómo estos periodos afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los 5 niveles de costo compartido de sus medicamentos de la Parte D y le indica que usted debe pagar (copago o coaseguro) como su parte del costo por un medicamento en cada nivel costo compartido. Le habla sobre la penalidad por afiliación tardía.

Capítulo 7. Petición al plan para que pague su parte de los costos de una factura recibida por servicios o medicamentos cubiertos..... 94

Le explica cuándo y cómo enviarnos una factura si usted desea solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo compartido por servicios cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 100

Explica los derechos y responsabilidades que usted tiene como afiliado a nuestro plan. Le dice que puede hacer si piensa que sus derechos no están siendo respetados.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o queja (decisión de cubierta, apelaciones, quejas) 110

Le dice paso por paso que hacer si usted esta teniendo problemas o preocupaciones como afiliado a nuestro plan.

- Explica como solicitar decisiones de cubierta y someter una apelación si usted esta teniendo problemas para obtener el cuidado médico o los medicamentos recetados que usted piensa están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitar excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales en su cubierta para medicamentos recetados, y solicitar continuidad en cubierta a cuidado en el hospital y ciertos tipos de servicios médicos si usted piensa que su cubierta se terminará antes de tiempo.

- Explica cómo someter una queja sobre la calidad del cuidado, tiempo de espera, servicios al cliente y otras preocupaciones.

Capítulo 10. Terminando su afiliación con el plan 169

Le dice cómo y cuándo puede cancelar su afiliación en el plan. Explica situaciones en las cuales nuestro plan requiere cancelar su afiliación.

Capítulo 11. Notificaciones Legales 168

Incluye notificaciones sobre leyes gubernamentales y sobre la no-discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de Palabras Importantes 179

Explica términos importantes utilizados en este manual.

Capítulo 1: Comenzando como afiliado de AHM PLATINO PLUS (HMO SNP)

SECCIÓN 1	Introducción	2
Sección 1.1	¿De qué se trata la Evidencia de Cubierta?.....	2
Sección 1.2	¿De qué le habla este capítulo?.....	2
Sección 1.3	¿Que sucede si soy nuevo en AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)?	3
Sección 1.4	Información legal acerca de su <i>Evidencia de Cubierta</i>	3
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser un afiliado de nuestro plan?	3
Sección 2.1	Sus tres requisitos de elegibilidad.....	3
Sección 2.2	¿Que son las Partes A y B de Medicare?	4
Sección 2.3	Aquí está el área de servicio para AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP).....	4
SECCIÓN 3	¿Que otros materiales usted va a recibir de nosotros?	5
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía al plan – Utilícela para obtener todo su cuidado médico y sus medicamentos recetados con cubierta	5
Sección 3.2	El Directorio de Proveedores: su guía a todos los proveedores que pertenecen a nuestra red.....	6
Sección 3.3	El Directorio de Proveedores: su guía a las farmacias que pertenecen a nuestra red.....	6
Sección 3.4	La lista de medicamentos cubiertos por el plan (<i>Formulario</i>).....	7
Sección 3.5	Reportes con un resumen de los pagos hechos para sus medicamentos recetados	7
SECCIÓN 4	Su prima mensual para AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)	8
Sección 4.1	¿Cuánto es su prima mensual?.....	8
SECCIÓN 5	Favor de mantener su expediente del plan al día.....	9

Sección 5.1	Como ayudarnos a asegurar que la información que tenemos sobre usted este correcta.....	9
-------------	---	---

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 ¿De qué se trata la Evidencia de Cubierta?
--

Esta *Evidencia de Cubierta* le explica cómo obtener su cuidado médico de Medicare y cubierta de medicamentos recetados a través de nuestro plan, un plan Medicare Advantage. Este manual explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como afiliado al plan.

- Usted está cubierto por Medicare, y ha escogido recibir su cuidado de salud y su cubierta de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)*.
- Hay diferentes tipos de planes de Medicare Advantage. *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)* es un plan de Medicare Advantage HMO (Organización para el Manejo de Salud. HMO, por sus siglas en inglés).

Este plan se ofrece a través de **American Health Medicare**. En esta Evidencia de Cubierta nos referimos a American Health Medicare como “nosotros” o “nuestro”. Nos referimos a **AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)** como “el plan” o “nuestro plan”.

Las palabras “cubierta” y “servicios cubiertos” se refieren a la cubierta de cuidado médico y servicios y a la cubierta de medicamentos recetados que está disponible para usted como afiliado a *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)*.

Sección 1.2 ¿De qué le habla este capítulo?

Lea a través del Capítulo 1 de esta Evidencia de Cubierta para aprender sobre:

- ¿Que lo hace elegible para ser afiliado del plan?
- ¿Cuál es el área de servicio del plan?
- ¿Qué materiales recibirá de nosotros?
- ¿Cuál es la prima del plan y como pagarla?
- ¿Cómo mantener al día la información en su expediente de afiliado?

Sección 1.3	¿Que sucede si soy nuevo en AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)?
--------------------	--

Si usted es un afiliado nuevo, entonces es importante que aprenda cómo es que funciona el plan, cuales son las reglas y que servicios están disponibles para usted. Le exhortamos a que saque un tiempo para leer esta Evidencia de Cubierta.

Si usted está confundido o preocupado o si tiene alguna pregunta, favor de comunicarse con nuestro Departamento de Servicios al Cliente (números de contacto se encuentran en la cubierta de este manual).

Sección 1.4	Información legal acerca de su <i>Evidencia de Cubierta</i>
--------------------	--

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cubierta* es parte de nuestro contrato con usted acerca de como *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)* cubre su cuidado. Otras partes de este contrato incluyen su solicitud de afiliación, la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario), y cualquier otra notificación que usted reciba de nosotros referente a cambios a su cubierta o alguna condición adicional que pueda afectar su cubierta. Estas notificaciones a veces son llamadas anejos.

El contrato está vigente por los meses en que usted este afiliado a *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)* entre el 1 de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2011.

Medicare deberá aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar a *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)* cada año. Usted puede continuar obteniendo su cubierta de Medicare como afiliado a nuestro plan solo mientras nosotros continuemos ofreciendo el plan por el año y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid renuevan su aprobación del plan.

SECCIÓN 2

¿Qué lo hace elegible para ser un afiliado de nuestro plan?

Sección 2.1	Sus tres requisitos de elegibilidad
--------------------	--

Usted es elegible para afiliación a nuestro plan siempre y cuando:

- Usted viva en nuestra área geográfica de servicio (Sección 2.3 un poco más abajo describe nuestra área de servicio)
- -- y – sea elegible a la Parte A de Medicare
- -- y – este afiliado a la Parte B de Medicare

- -- y – usted no tenga Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), con excepciones limitadas, tales como si desarrolla ESRD cuando ya esté afiliado a algunos de nuestros planes, o estuvo afiliado a un plan diferente que fue discontinuado.
- -- y – usted cumple con los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cumplir con las necesidades de personas que son elegibles para recibir beneficios de ambos Medicare y Medicaid (elegibilidad dual).

Sección 2.2 ¿Que son las Partes A y B de Medicare?

Cuando usted originalmente se suscribió a Medicare, recibió información de cómo obtener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde:

- Medicare Parte A generalmente cubre servicios de proveedores institucionales tales como hospitales, facilidades de cuidado diestro o agencias de cuidado de salud en el hogar.
- Medicare Parte B es para la mayoría de los demás servicios médicos, como servicios de médicos y servicios ambulatorios.

Sección 2.3 Aquí está el área de servicio para AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)

Aunque Medicare es un programa Federal, *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)* está disponible sólo para aquellos individuos que residan en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer afiliado a nuestro plan, debe seguir residiendo en esta área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio:

Los pueblos incluidos en nuestra área de servicio son:

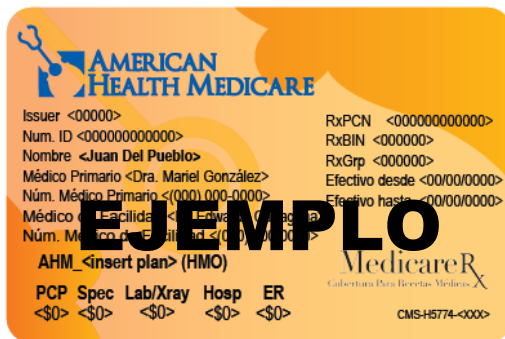
Adjuntas, Aguada, Aguadilla, Aguas Buenas, Aibonito, Añasco , Arecibo, Arroyo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Cabo Rojo, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ceiba, Ciales, Cidra, Coamo, Comerlo, Corozal, Culebra, Dorado, Fajardo, Florida, Guánica, Guayama, Guayanilla, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Hormigueros, Humacao, Isabela , Jayuya , Juana Díaz, Juncos, Lajas, Lares, Las Marías, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Maricao, Maunabo, Mayagüez, Moca, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Patillas, Peñuelas, Ponce, Quebradillas, Rincón, Río Grande, Sabana Grande, Salinas, San Germán, San Juan, San Lorenzo, San Sebastián, Santa Isabel, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Utuado, Vega Alta, Vega Baja, Vieques, Villalba, Yabucoa, Yauco, PR. Usted debe que residir en uno de estos pueblos para afiliarse al plan.

Si usted planifica mudarse fuera de nuestra área de servicio, favor de comunicarse con Servicios al Cliente.

SECCIÓN 3 ¿Que otros materiales usted va a recibir de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía al plan – Utilícela para obtener todo su cuidado médico y sus medicamentos recetados con cubierta

Mientras usted este afiliado a nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía de nuestro plan para obtener servicios cubiertos por el plan y medicamentos recetados en farmacias de la red. Aquí hay un ejemplo de una tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:



Mientras esté afiliado a nuestro plan **no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (con la excepción de estudios de investigaciones clínicas rutinarias y servicios de hospicio). Mantenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que pueda necesitarla luego.

Vea porque es tan importante: Si usted obtiene servicios cubiertos utilizando su tarjeta roja, blanca y azul en vez de utilizar su tarjeta de membresía de *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)* mientras está afiliado a nuestro plan, puede que tenga que pagar el costo completo usted mismo.

Si la tarjeta del plan está dañada, perdida o fue robada, llame a Servicios al Cliente inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2	El Directorio de Proveedores: su guía a todos los proveedores que pertenecen a nuestra red
--------------------	---

Cada año que usted este afiliado a nuestro plan, le enviaremos un Directorio de Proveedores nuevo o una actualización a su Directorio de Proveedores. Este Directorio tiene una lista de los proveedores de nuestra red.

¿Qué son “proveedores de la red”?

Los Proveedores de la red son médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otras facilidades de cuidado de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier pago de costo compartido del plan por completo. Hemos hecho un acuerdo con estos proveedores para ofrecer servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan.

¿Por qué necesita conocer cuáles son los proveedores que forman parte de nuestra red?

Es importante saber cuáles proveedores son parte de nuestra red, ya que, con excepciones limitadas, mientras este afiliado al plan debe utilizar proveedores de la red para obtener su cuidado médico y servicios. Las únicas excepciones son para emergencias, cuidado necesario de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente cuando está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en que *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)* autorice el uso de proveedores fuera de la red. Vea el Capítulo 3 (*Utilizando la cubierta del plan para sus servicios médicos*) para información más específica sobre emergencias, fuera de la red y cubierta fuera del área de servicio.

Si usted no tiene una copia del *Directorio de Proveedores*, puede obtener una copia comunicándose con Servicios al Cliente. Puede solicitar más información a Servicios al Cliente acerca de los proveedores de nuestra red, incluyendo sus cualificaciones. Además puede ver el Directorio de Proveedores en www.ahmpr.com, o puede descargarlo de la página de Internet. Ambos Servicios al Cliente y la página de Internet pueden proveerles la información más actualizada acerca de cambios a los proveedores de nuestra red.

Sección 3.3	El Directorio de Proveedores: su guía a las farmacias que pertenecen a nuestra red
--------------------	---

¿Qué son “farmacias de la red”?

Nuestro Directorio de Proveedores le provee una lista completa de las farmacias que pertenecen a nuestra red- eso significa todas las farmacias que han acordado proveerle todo medicamento recetado, con cubierta, a nuestros afiliados.

¿Por qué necesita conocer sobre nuestra red de farmacias?

Usted puede utilizar el Directorio de Proveedores para encontrar la farmacia de la red que usted desee utilizar. Esto es importante ya que, con pocas excepciones, debe buscar sus medicamentos recetados en una de nuestras farmacias de la red si desea que el plan los cubra (lo ayude a pagar por ellos).

Le enviaremos un Directorio de Proveedores completo, **al menos cada 3 años**. Cada año que usted no reciba un Directorio de Proveedores nuevo, le enviaremos una actualización que le muestre los cambios al Directorio.

Si usted no tiene un *Directorio de Proveedores*, puede obtener una copia comunicándose con Servicios al Cliente (los números de contacto están en la portada). Se puede comunicar con Servicios al Cliente, en cualquier momento, para recibir información actualizada sobre los cambios a la red de farmacias. Además puede buscar esta información en nuestra página de Internet www.ahmpr.com.

Sección 3.4 La lista de medicamentos cubiertos por el plan (*Formulario*)

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Nosotros lo llamamos “Lista de Medicamentos”. Le enumera cuales medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por **AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)**. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos estipulados por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de Medicamentos de **AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)**.

Le enviaremos una copia de la lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de cuáles medicamentos tienen cubierta, puede visitar nuestra página de Internet (www.ahmpr.com) o comunicarse con Servicios al Cliente (los números de contacto están en la portada).

Sección 3.5 Reportes con un resumen de los pagos hechos para sus medicamentos recetados

Cuando usted utilice sus beneficios para medicamentos recetados, le enviaremos un reporte para ayudarlo a entender y poder darle seguimiento a los pagos hechos por sus medicamentos recetados. Este resumen o reporte se llama Explicación de Beneficios.

La *Explicación de Beneficios* le muestra la cantidad total que usted ha gastado en medicamentos recetados y la cantidad total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados durante el mes. El Capítulo 6 (Que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D) le provee más información sobre la *Explicación de Beneficios* y como puede ayudarlo a darle seguimiento a su cubierta de medicamentos.

Una *Explicación de Beneficios* o resumen también están disponibles a petición. Para obtener una copia, favor de comunicarse con Servicios al Cliente.

SECCIÓN 4 Su prima mensual para AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)

Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima mensual?

Usted no tiene que pagar una prima mensual separada para *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)*. (Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.)

En algunas situaciones, la prima de su plan puede ser más

En algunas situaciones, su prima del plan puede ser más alta que la cantidad estipulada anteriormente en la Sección 4.1. Dichas situaciones se describen a continuación.

- La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, comenzando el 1 de enero del 2011, algunas personas pagarán una prima más alta basado en su ingreso anual (por encima de \$85,000 para solteros--2010, \$170,000 para parejas casadas--2010). Para más información sobre primas de la Parte D basadas en ingreso, puede visitar la página de Internet <http://www.medicare.gov> o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Además se puede comunicar con la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- Algunos afiliados tendrán que pagar una **penalidad por afiliación tardía** ya que no se afiliaron a un plan de medicamentos de Medicare cuando inicialmente fueron elegibles o porque tuvieron un período de 63 días continuos o más donde no mantuvieron su cubierta. Para estos afiliados, la penalidad por afiliación tardía se suma a la prima mensual del plan. Su prima será la prima mensual del plan más la cantidad de su penalidad por afiliación tardía.
 - Si usted tiene que pagar una penalidad por afiliación tardía, la cantidad de su penalidad depende de cuánto tiempo usted espero para afiliarse a una cubierta de medicamentos o cuantos meses estuvo sin cubierta de medicamentos luego de que fue elegible. El Capítulo 6, Sección 9 le explica la penalidad por afiliación tardía.

Muchos afiliados tienen que pagar otras primas de Medicare

Según fue explicado en la Sección 2, para poder ser elegible a nuestro plan, debe mantener su elegibilidad a las Partes A y B de Medicare. Es por esta razón que algunos afiliados al plan pagarán una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los afiliados pagarán una prima por la Parte B de Medicare, en adición a pagar una prima mensual del plan. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare para mantenerse afiliado al plan.

- Su copia de Medicare & Usted del 2011 le habla sobre estas primas en la Sección llamada “Costos de Medicare del 2011.” Esto explica como la Parte B es diferente para las personas con diferentes ingresos.
- Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de Medicare & Usted cada año en el otoño. Aquellos que sean nuevos a Medicare lo reciben en o antes del mes cuando inicialmente se inscribieron. Además puede descargar una copia de Medicare & Usted de la página de Internet de Medicare (<http://www.Medicare.gov>). O puede ordenar una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Favor de mantener su expediente del plan al día

Sección 5.1 Como ayudarnos a asegurar que la información que tenemos sobre usted este correcta

Su expediente de afiliación tiene información de su solicitud de afiliación, incluyendo su dirección y su número de teléfono. Muestra su cubierta específica del plan incluyendo su Proveedor de Cuidado Primario.

Los médicos, hospitales, farmacias y demás proveedores en la red del plan necesitan tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su expediente de afiliación para saber qué servicios y medicamentos tienen cubierta para usted.** Por esta razón es sumamente importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Llame a Servicios al Cliente para notificarnos sobre los siguientes cambios:

- Cambios a su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otro seguro médico o cubierta de medicamentos que usted tenga (tales como de su patrono, del patrono de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid)
- Si usted tiene alguna reclamación de responsabilidad, tales como reclamaciones por accidente de automóvil.
- Si usted ha sido admitido a un hogar de cuidado
- Si está participando de un estudio de investigación clínica

Lea la información que le hemos enviado acerca de alguna otra cubierta de seguro que usted tenga

Medicare requiere que obtengamos información de usted sobre alguna otra cubierta médica o de medicamentos que usted tenga. Esto es porque debemos coordinar cualquier otra cubierta que usted tenga con los beneficios de nuestro plan.

Una vez cada año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otro seguro médico o cubierta de medicamentos que nosotros sepamos que usted tenga. Favor de leer dicha información cuidadosamente. Si esta correcta, no necesita hacer nada. Si la información esta incorrecta, o si tiene alguna otra cubierta que no aparece en la lista, favor de llamar a Servicios al Cliente (números de contacto están en la portada).

Capítulo 2. Números de Teléfono Importantes y otros Recursos

SECCIÓN 1	Contactos de <i>AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)</i> (como contactarnos, incluyendo como comunicarse con Servicios al Cliente en el Plan).....	12
SECCIÓN 2	Medicare (como obtener ayuda y información directamente del programa Federal de Medicare).....	14
SECCIÓN 3	Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado (ayuda gratis, información, y contestaciones a sus preguntas sobre Medicare)	15
SECCIÓN 4	Organización para el mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para verificar la calidad del cuidado par a las personas con Medicare)	16
SECCIÓN 5	Seguro Social	17
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa Federal y del Estado que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados).....	18
SECCIÓN 7	Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos recetados	19
SECCIÓN 8	Como contactar a la Junta de Retiro de Ferroviario	20
SECCIÓN 9	¿Usted tiene “seguro grupal” o algún otro seguro de salud de su patrono?	21

SECCIÓN 1 Contactos de AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP) (como contactarnos, incluyendo como comunicarse con Servicios al Cliente en el Plan)

Como contactar a Servicios al Cliente en el plan

Para ayuda con reclamaciones, cobros o preguntas sobre su tarjeta de membresía, favor de llamar o escribir a Servicios al Cliente de AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP). Con gusto le ayudaremos.

Servicios al Cliente	
LLAME	1-888-620-1919 Llamadas a este número son gratis. Lunes a domingo de 8:00am a 8:00pm.
TTY	1-866-620-2520 Este número requiere equipo telefónico especial y es sólo para personas que tengan dificultades auditivas o al hablar. Llamadas a este número son gratis. Lunes a domingo de 8:00am a 8:00pm.
FAX	787-620-0931
ESCRIBA	American Health Medicare P.O. Box 11320 San Juan , P.R, 00922
INTERNET	www.ahmpr.com

Como contactarnos Cuando está solicitando una decisión de cubierta, si usted va a someter una queja o si usted va a someter una apelación acerca de su cuidado médico y/o medicamentos recetados de la Parte D.

Decisiones de Cubierta, Quejas o Apelaciones acerca de cuidado médico y medicamentos recetados de la Parte D	
LLAME	1-888-620-1919 Llamadas a este número son gratis.
TTY	1-866-620-2520 Este número requiere equipo telefónico especial y es sólo para personas que tengan dificultades auditivas o al hablar. Llamadas a este número son gratis.
FAX	787-620-0929
ESCRIBA	American Health Medicare P.O. Box 11320 San Juan , P.R, 00922

Para más información de cómo solicitar decisiones de cubierta, como someter una queja o una apelación acerca de su cuidado médico y/o sus medicamentos recetados de la Parte D vea el Capítulo 9 (*Que hacer si tiene un problema o queja (Decisiones de Cubierta, Apelaciones, Quejas)*).

Donde enviar solicitudes pidiéndonos que paguemos por nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha recibido

Para más información sobre situaciones donde usted necesite solicitarle al plan un reembolso o pago por alguna factura que haya recibido de un proveedor, vea el Capítulo 7 (*Solicitándole al Plan que pague su parte del costo por una factura que ha recibido por servicios médicos o por algún medicamento*).

NOTA: Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar a nuestra decisión. Vea el Capítulo 9 (*Que hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cubierta, Apelaciones, quejas)*) para más información.

Solicitudes de Pago	
LLAME	1-888-620-1919 Llamadas a este número son gratis.
TTY	1-866-620-2520 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o al hablar. Llamadas a este número son gratis.
FAX	787-620-0929
ESCRIBA	American Health Medicare P.O. Box 11320 San Juan , P.R, 00922

SECCIÓN 2 Medicare (como obtener ayuda y información directamente del programa Federal de Medicare)

Medicare es un programa Federal de seguro de salud para personas con 65 años o más, algunas personas menores de 65 con incapacidades y las personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (fallo renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia Federal que está a cargo de Medicare se llama Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamado “CMS” por sus siglas en ingles). Esta agencia contrata organizaciones de Medicare Advantage, incluyéndonos a nosotros.

Medicare	
LLAME	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Llamadas a este número son gratis. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipo telefónico especial y es sólo para personas que tengan dificultades auditivas o al hablar. Llamadas a este número son gratis
INTERNET	http://www.medicare.gov Esta es la página oficial Internet del gobierno para Medicare. Le provee información actualizada y asuntos actuales de Medicare. Además tiene información sobre hospitales, hogares de cuidado, médicos, agencias de cuidado en el hogar y facilidades para diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente desde su computadora. Tiene herramientas para ayudarlo a comparar Planes Medicare Advantage y planes de Medicamentos de Medicare en su área. Además puede encontrar contactos de Medicare en su estado seleccionando “Números de Teléfono y Páginas de Internet Importantes” Si usted no tiene una computadora, una biblioteca local o un centro de envejecientes pueden ayudarles a visitar esta página de Internet a través de sus computadoras. O puede llamar a Medicare al número que aparece arriba y explicarles que información está buscando. Ellos encontrarán la información en la página de Internet, la imprimirán y se la enviarán.

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado
(ayuda gratis, información, y contestaciones a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno, que hay en cada estado, con consejeros adiestrados. En Puerto Rico, el

Programa de Asistencia en Seguros de Salud del Estado es la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada.

La Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada es una entidad independiente (no está asociada con ninguna aseguradora o plan de salud). Es un programa del Estado que obtiene dinero del gobierno Federal para ofrecer conserjería local, gratis, sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Los consejeros de la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas relacionadas con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo con quejas acerca de su cuidado o tratamiento médico y ayudarlo a resolver problemas con su facturas de Medicare. Los consejeros de la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada pueden ayudarlo a entender sus opciones de plan de Medicare y contestar sus preguntas en relación a cambio de plan.

Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada	
LLAME	(787) 721-6121
ESCRIBA	Avenida Ponce de León Parada 16 Edificio 1064 tercer nivel San Juan, PR 00919-1179

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para verificar la calidad del cuidado par a las personas con Medicare)

Hay una Organización para el Mejoramiento de Calidad en cada Estado. En Puerto Rico, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama QUIPRO.

QUIPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud los cuales son pagados por el gobierno Federal. Esta Organización es pagada por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de cuidado recibido por personas con Medicare. QUIPRO es una organización independiente. No está conectada a nuestro plan.

Usted debe contactar a QUIPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene una queja acerca de la calidad del cuidado que ha recibido.
- Entiende que su cubierta por hospitalización terminará pronto.
- Entiende que su cubierta por cuidado de salud en el hogar, o servicios en facilidad de cuidado diestro de enfermería o Facilidad de Rehabilitación Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) terminarán antes de tiempo.

QUIPRO (Organización para el Mejoramiento de Calidad)	
LLAME	787-641-1240 Ext.6221 o 6222 durante horas laborables 787-340-2660 durante el fin de semana
ESCRIBA	Organización para el Mejoramiento de Calidad Avenida Ponce de León # 2 Suite 605 Mercantil Plaza San Juan, P.R.00918-1696

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar su elegibilidad y manejar las afiliaciones para Medicare. Los ciudadanos de E.U. que tengan 65 años o más, o que tengan una incapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con ciertos requisitos, son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques de Seguro Social, la afiliación a Medicare es automática. Si usted no está recibiendo cheques de Seguro Social, debe afiliarse a Medicare y pagar la prima de la Parte B. El Seguro Social maneja el proceso de afiliación para Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local de Seguro Social.

Administración del Seguro Social	
LLAME	1-800-772-1213 Llamadas a este número son gratis. Disponible de 7:00 am a 7:00 pm, lunes a viernes. Puede utilizar nuestros servicios de teléfono automatizado para obtener información grabada y manejar ciertos asuntos 24 horas al día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es sólo para personas que tengan dificultades auditivas o al hablar. Llamadas a este número son gratis Disponible de 7:00 am a 7:00 pm, lunes a viernes.
INTERNET	http://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid
(un programa Federal y del Estado que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa Federal y del Estado que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles a tener Medicaid. Medicaid tiene programas que pueden ayudar a pagar sus primas de Medicare y otros costos si cualifica. Para saber más sobre Medicaid y sus programas, contacte al Programa de Asistencia Médica

Programa de Asistencia Médica	
LLAME	787-765-1230

ESCRIBA

Departamento de Salud

Programa de Asistencia Médica

P.O. Box 70184

San Juan, P.R. 00936-8184

SECCIÓN 7 Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos recetados

Programa de “Ayuda adicional” de Medicamentos

Medicare provee “ayuda adicional” para pagar por los costos de medicamentos recetados para las personas que tienen ingresos limitados y escasos recursos. Recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o su carro. Si usted cualifica, obtiene ayuda para pagar la prima de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos por recetas. Esta “ayuda adicional” también cuenta hacia los costos de dinero de su bolsillo.

Las personas que tienen ingresos limitados y escasos recursos pueden cualificar para Ayuda Adicional. Algunas personas cualifican automáticamente y no necesitan solicitar. Medicare envía una carta por correo a las personas que automáticamente cualifican para ayuda adicional.

Usted puede obtener ayuda adicional para pagar por sus costos y primas de medicamentos. Para ver si cualifica para obtener ayuda adicional, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY/TDD usuarios pueden llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana
- Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 7 a.m. y 7 p.m., lunes a viernes. TTY/TDD usuarios deben llamar al 1-800-325-0778 o
- Su oficina local para Medicaid (Vea la Sección 6 de este Capítulo para números de contacto).

Si usted entiende que cualifica para ayuda adicional y que está pagando una cantidad de costo compartido incorrecta cuando obtiene sus medicamentos recetados en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia de su nivel de copago apropiado o si usted ya tiene evidencia, poder someter la misma a nuestro plan.

- Para obtener la mejor evidencia disponible, puede solicitarla contactando a Servicios al Cliente. (La información de contacto aparece en la sección 1 de este capítulo).

- Cuando recibamos su evidencia, demostrando su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si usted paga por encima del copago que le corresponde, le reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la diferencia o eliminaremos futuros pagos. Si la farmacia no ha recibido un copago de usted y lo está cargando como deuda, es posible que le paguemos a la farmacia directamente. Si el Estado pago por usted, es posible que le paguemos al Estado directamente. Favor de comunicarse con Servicios al Cliente si tiene alguna pregunta.

Programa de Descuento en la Cubierta “GAP” de Medicare

Comenzando en el 2011, el Programa de Descuento en la Cubierta “GAP” de Medicare, proveerá descuentos de manufactura en los medicamentos recetados a los afiliados de la Parte D que han legado a la cubierta “GAP” y no están recibiendo “Ayuda Adicional”. Se hará disponible un 50% de descuento en el precio negociado (excluyendo el cargo de dispensar) a aquellos medicamentos de marca cuyos manufactureros han acordado pagar el descuento.

Aplicaremos el descuento automáticamente cuando la farmacia le cobre por su receta y su Explicación de Beneficios mostrara cualquier descuento provisto. La cantidad descontada por el manufacturero contará hacia los gastos de “su bolsillo” como si usted hubiese pagado esa cantidad y lo moverá a través del periodo de cubierta “GAP”.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o acerca del Programa de Descuento en la Cubierta “GAP” de Medicare en general, favor de comunicarse con Servicios al Cliente (los números de contacto están en la portada).

SECCIÓN 8 Como contactar a la Junta de Retiro de Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia Federal independiente que administra programas de beneficios comprensivos para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si usted tiene preguntas con respecto a sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, contacte a la agencia.

Junta de Retiro Ferroviario	
LLAME	1-877-772-5772 Llamadas a este número son gratis. Disponible de 9:00 am a 3:30 pm, lunes a viernes Si usted tiene un teléfono tele-tecla, información grabada y servicios automatizados estarán disponibles para usted 24 horas al día incluyendo fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tengan dificultades auditivas o al hablar. Llamadas a este número <i>no</i> son gratis
INTERNET	http://www.rrb.gov

SECCIÓN 9 ¿Usted tiene “seguro grupal” o algún otro seguro de salud de su patrono?

Si usted o (su cónyuge) reciben beneficios de su patrono o de parte de un grupo patronal de retirados, comuníquese con el administrador de beneficios o Servicios al Cliente si usted tiene alguna pregunta. Usted puede preguntar sobre de los beneficios de su patrono o (de su cónyuge), prima de su plan o el período de inscripción anual de su patrono/unión.

Si usted tiene otra cubierta de medicamentos a través de su patrono/unión o (de su cónyuge), favor de comunicarse con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo su cubierta de medicamentos actual puede funcionar con nuestro plan.

Capítulo 3. Utilizando la cubierta del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1	Cosas que usted debe de saber sobre obtener cuidado médico como afiliado de nuestro plan.....	24
Sección 1.1	¿Qué son “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”?	24
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener su cuidado médico que esta cubierto por el plan.....	24
SECCIÓN 2	Utilice proveedores de nuestra red de proveedores para obtener su cuidado médico.....	25
Sección 2.1	Usted debe escoger un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) para proveer y coordinar su cuidado médico	25
Sección 2.2	¿Qué tipos de cuidados médicos puede usted recibir sin necesidad de aprobación previa de su PCP?.....	27
Sección 2.3	Cómo obtener cuidado de especialistas y otros proveedores de la red de proveedores	27
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando usted tiene una emergencia o una necesidad urgente de cuidado	28
Sección 3.1	Obtener cuidado si usted tiene una emergencia médica.	28
Sección 3.2	Obtener cuidado cuando tiene necesidad de cuidado urgente	29
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente por el costo completo de sus servicios cubiertos?	30
Sección 4.1	Usted puede solicitarle al plan que pague su parte del costo compartido de su servicio cubierto	30
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted tiene que pagar el costo completo	31
SECCIÓN 5	¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando está en un “estudio de investigación médica?.....	31
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación médica?.....	31

Sección 5.2	¿Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, quién paga por qué?	32
SECCIÓN 6	Reglas para obtener cuidados en una “institución no médica religiosa de cuidados de salud”	34
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de cuidados no médicos de salud?	34
Sección 6.2	¿Qué cuidados ofrecidos por una institución de cuidados no médicos de salud están cubiertos por nuestro plan?	34

SECCIÓN 1 Cosas que usted debe de saber sobre obtener cuidado médico como afiliado de nuestro plan

Este capítulo le habla sobre lo que usted debe de saber acerca del uso del plan para obtener cubierta médica. Le ofrece definiciones de términos y explica las reglas que usted necesita seguir para obtener tratamientos médicos, servicios, y otros cuidados médicos que están cubiertos por el plan.

Para detalles sobre qué cuidado médico está cubierto por nuestro plan y cuánto usted tiene que pagar por su parte del costo cuando reciba este cuidado, utilice la tabla de beneficios en el próximo capítulo, Capítulo 4. (*Tabla de Beneficios Médicos, qué está cubierto y cuánto usted paga*)

Sección 1.1 ¿Qué son “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”?

Aquí hay algunas definiciones que pueden ayudarle a entender cómo obtener los cuidados y servicios que están cubiertos para usted como afiliado de nuestro plan:

- **“Proveedores”** son médicos y otros profesionales de la salud que el estado autoriza para proveerle servicios y cuidados médicos. El término “Proveedores” también incluye hospitales y otras facilidades de cuidado de salud.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otras facilidades de cuidado de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestros pagos y su cantidad de costo compartido como pagos totales. Hemos acordado con estos proveedores para que le ofrezcan servicios cubiertos a los afiliados de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red, generalmente nos facturan directamente por los cuidados brindados a usted. Cuando usted visita a un proveedor de la red, usualmente paga sólo su parte del costo de sus servicios.
- **“Servicios con cubierta”** incluye todo el cuidado médico, servicios de cuidado de salud, suministros y equipo que este cubierto por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para cuidado médico aparecen en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su cuidado médico que está cubierto por el plan.
--

AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP) generalmente cubrirá sus cuidados médicos siempre y cuando:

- **El cuidado que usted reciba está incluido en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla está en el Capítulo 4 de este manual).
- **El cuidado que usted reciba es considerado médicamente necesario.** Necesita ser un tratamiento aceptado para su condición médica.

- **Usted tiene un proveedor primario de cuidados (un PCP, por sus siglas en inglés) quien provee y vigila su cuidado.** Como afiliado de nuestro plan, usted debe de seleccionar un PCP (para más información sobre esto, ver Sección 2.1 en este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP debe dar su aprobación previa antes de que usted pueda visitar otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, facilidades de cuidado diestro de enfermería o agencias de cuidado de salud en el hogar. Esto es llamado un “referido”. Para más información sobre esto, vea la Sección 2.2 de este capítulo.
 - Referidos de su PCP no son requeridos para cuidados de emergencia o cuidado necesario urgente. También hay algunos otros tipos de cuidados que usted puede obtener sin tener la aprobación previa de su PCP (para más información sobre esto, ver Sección 2.3 de este capítulo).
- **Generalmente, usted debe recibir su cuidado de un proveedor de la red.** (para más información sobre esto, ver Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, cuidados que usted reciba de un proveedor fuera de la red de proveedores (un proveedor que no es parte de la red de proveedores del plan) no serán cubiertos.

Aquí hay dos excepciones:

- El plan cubre cuidados de emergencia o cuidados urgentes necesarios que usted obtenga de un proveedor fuera de la red de proveedores. Para más información sobre esto, y para ver que significa emergencia o cuidados urgentes necesarios, ver Sección 3 de este capítulo.
- Si usted necesita cuidado médico que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proveerlo, usted puede obtener este cuidado de un proveedor fuera de nuestra red de proveedores. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si usted estuviera recibiendo el cuidado de un proveedor de nuestra red de proveedores.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de nuestra red de proveedores para obtener su cuidado médico

Sección 2.1 Usted debe escoger un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) para proveer y coordinar su cuidado médico
--

¿Qué es un “PCP” y que hace el PCP por usted?

¿Qué es un “PCP”?

Cuando usted se afilia a nuestro plan, debe escoger un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un: médico geriátrico, médico de familia, médico general, internista o ginecólogo, quien cumple con los requerimientos estatales y esté entrenado para darle cuidado médico básico. Como explicamos más adelante, usted obtendrá su cuidado rutinario o básico de su PCP. Su PCP también monitoreará el resto de los servicios cubiertos que usted obtiene al ser un

afiliado de nuestro plan. Su PCP proveerá la mayoría de sus cuidados y ayudará a arreglar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtiene al ser un afiliado de nuestro plan. Esto incluye:

- Sus rayos X
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Cuidado de médicos que son especialistas
- Hospitalizaciones
- Cuidado de seguimiento.

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su cuidado y como va. Si usted necesita cierto tipo de servicios o abastecimientos cubiertos, su PCP necesitará obtener autorización previa (aprobación previa) del plan. Ya que su PCP proveerá y coordinará su cuidado médico, usted deberá enviar todos sus expedientes médicos pasados a la oficina de su PCP.

¿Cómo usted escoge un PCP?

Como afiliado de nuestro plan, usted debe escoger un PCP, por ejemplo, usando el directorio de proveedores u obteniendo ayuda de Servicios al Cliente. Los afiliados pueden cambiar de PCP (como se explica más adelante en esta Sección). El nombre y el teléfono de la oficina de su PCP están impresos en su tarjeta de membresía.

¿Cómo usted obtiene cuidados de su PCP?

Su PCP proveerá la mayoría de su cuidado y ayudará a arreglar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted obtiene como afiliado del plan. Esto incluye sus rayos x, pruebas de laboratorio, terapias, cuidados de médicos que son especialistas, hospitalizaciones y cuidados de seguimiento.

Para algunos tipos de referidos, su PCP tendrá que obtener autorización previa de nuestro Plan (a esto se le llama “pre-autorización”)

Cambiar de PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP pueda abandonar nuestra red de proveedores del plan y usted tenga que conseguir un nuevo PCP.

Para cambiar de PCP, puede llamar a Servicios al Cliente. Cuando usted llame, asegúrese de decirle a Servicios al Cliente si usted está visitando especialistas u obteniendo otros servicios

cubiertos que necesitan aprobación de su PCP (tales como servicios de salud en el hogar y equipo médico duradero). Servicios al Cliente le ayudara a asegurarse de que usted pueda continuar con el cuidado especial y otros servicios que usted ha estado obteniendo cuando usted cambie su PCP. Ellos también se aseguraran de que el PCP al cual usted quiere cambiar esta aceptando nuevos pacientes. Servicios al Cliente cambiará su expediente de afiliación para que muestre el nombre de su nuevo PCP, y le dirá a usted cuando el cambio a su nuevo PCP se hará efectivo. Ellos también le enviaran una nueva tarjeta de membresía que muestre el nombre y el teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2	¿Qué tipos de cuidados médicos puede usted recibir sin necesidad de aprobación previa de su PCP?
--------------------	---

Usted puede obtener los servicios listados a continuación sin aprobación previa de su PCP.

- Cuidado rutinario de salud de la mujer, el cual incluye examen de seno, mamografías (rayos x de los senos), Papanicolaou, y exámenes pélvicos, siempre y cuando usted los reciba de un proveedor de la red de proveedores.
- Vacunas contra la influenza y la pulmonía, siempre y cuando usted las reciba de un proveedor de la red de proveedores.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red de proveedores y de proveedores fuera de la red de proveedores.
- Servicios urgentes necesarios de proveedores dentro de nuestra red o proveedores fuera de nuestra red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o, por ejemplo, cuando usted esta temporeraamente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis de riñón que usted obtiene en una facilidad de diálisis certificada por Medicare cuando usted esta temporeraamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, cuando vaya a salir del área de servicio, déjenos saber el área de servicio donde usted estará, así nosotros podemos ayudarle en la coordinación de diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área de servicio.

Sección 2.3	Cómo obtener cuidado de especialistas y otros proveedores de la red de proveedores
--------------------	---

Un especialista es un médico que provee servicios de cuidado de salud para enfermedades o partes del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Aquí hay unos ejemplos:

- Oncólogo, quienes tratan pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, quienes tratan pacientes con condiciones del corazón.
- Ortopedas, quienes tratan pacientes con ciertas condiciones en los huesos, coyunturas o músculos.

¿Qué papel juega (si alguno) el PCP en referir afiliados a especialistas y a otros proveedores?

Su PCP lo ayudara a encontrar el especialista correcto para tratar su condición. Para ciertos servicios deberá obtener autorización de su PCP para visitar a un especialista del plan. Si no tiene un referido (autorización previa) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que tenga que pagar por los servicios usted mismo.

¿Para qué servicios el PCP tendrá que obtener autorización previa del plan?

Cuando usted un proveedor especialista y el medico necesite hacerle ciertos exámenes o cirugía, deberá recibir autorización previa del plan. El medico es responsable de obtener esta autorización por usted.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandonan nuestro plan?

A veces, un especialista, clínica, hospital u otro proveedor de nuestra red de proveedores que usted está utilizando podría abandonar el plan. Si esto sucede, usted tendrá que cambiar a otro proveedor que es parte de nuestro plan. Estará recibiendo una notificación de parte del plan la cual explica el proceso de transición. Si el proveedor era su PCP, siguiendo las reglas y estándares de Medicare, American Health Medicare deberá asignarle un nuevo PCP. Usted tiene derecho a escoger su nuevo PCP. Si usted no escoge un PCP en 30 días (desde la fecha en que recibe la notificación) American Health Medicare escogerá su nuevo PCP por usted. Servicios al cliente puede asistirle a encontrar y seleccionar otro proveedor.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando usted tiene una emergencia o una necesidad urgente de cuidado

Sección 3.1 Obtener cuidado si usted tiene una emergencia médica.

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe de hacer si tiene una?

Cuando usted tiene una “emergencia médica”, piensa que su salud está en serio peligro. Una emergencia médica puede incluir dolor severo, una lesión seria, una enfermedad repentina o una condición médica que está empeorando rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencia, hospital o centro de cuidado urgente más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. Usted *no* necesita aprobación o referido de su PCP.
- **Tan pronto como le sea posible, asegúrese de que nuestro plan sea notificado de su emergencia.** Nosotros necesitamos darle seguimiento a su caso de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para decirnos sobre su cuidado de emergencia, usualmente

dentro de las primeras 48 horas. El número se encuentra en la parte posterior de la tarjeta de membresía del plan.

¿Qué está cubierto si usted tiene una emergencia médica?

Usted puede obtener cuidado de emergencia médica cubierta cuando usted lo necesite, en cualquier lugar en los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones donde el llegar a la sala de emergencia por alguna otra vía pone en peligro su salud. Para más información, ver la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

Si usted tiene una emergencia, nosotros hablaremos con los médicos que le están dando cuidados de emergencia para ayudar a manejar y dar seguimiento a su caso. Los médicos que le están dando los cuidados de emergencia decidirán cuando su condición esté estable y la emergencia médica haya terminado.

Luego que la emergencia haya terminado, usted tiene derecho a cuidado de seguimiento para asegurar que su condición continua siendo estable. Su cuidado de seguimiento será cubierto por nuestro plan. Si su cuidado de emergencia es obtenido a través de proveedores fuera de la red de proveedores, nosotros trataremos de hacer arreglos para que su caso sea tomado por proveedores de la red tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no fue una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted puede ir buscando cuidado de emergencia – pensando que su salud está en grave peligro – y el médico puede decir que en realidad no es una emergencia médica. Si resulta que no es una emergencia, siempre y cuando usted haya pensado que su salud estaba en peligro, nosotros cubriremos su cuidado.

Sin embargo, luego que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, generalmente cubriremos cuidado adicional *solamente* si el cuidado adicional es de una de estas dos formas:

- Usted va a un proveedor de la red para obtener cuidado adicional.
- – *o* – el cuidado adicional que usted obtiene es considerado “cuidado necesario urgente” y usted sigue las reglas para obtener cuidado de urgencia (para más información de este tema, vea la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Obtener cuidado cuando tiene necesidad de cuidado urgente

¿Qué es un “cuidado urgente necesario”?

“Cuidado urgente necesario” es una situación de no-emergencia cuando usted necesita cuidado médico de inmediato por una enfermedad, lesión o condición que usted no espera o anticipa, pero su salud no está en serio peligro.

¿Qué sucede si usted está en el área de servicio del plan y necesita cuidado necesario urgente?

Cuando sea posible, debe utilizar los proveedores de nuestra red, cuando usted este en el área de servicio del plan y necesite cuidado urgente. (Para más información sobre el área de servicio del plan, ver el Capítulo 1, Sección 2.3 de este manual.)

En la mayoría de las situaciones, si usted está en el área de servicios del plan, nosotros cubriremos su cuidado necesario urgente *solamente* si obtiene el mismo de un proveedor de la red y sigue las reglas descritas anteriormente en este capítulo. Si las circunstancias son inusuales o extraordinarias, y los proveedores de nuestra red no están disponibles o inaccesibles, nuestro plan cubrirá el cuidado necesario urgente que usted obtenga de un proveedor fuera de la red de proveedores.

¿Qué sucede si usted está fuera del área de servicio del plan cuando usted necesita cuidado necesario urgente?

Suponga que usted esta temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, pero dentro de los Estados Unidos. Si usted tiene necesidad de cuidado urgente, probablemente no podrá encontrar u obtener servicio de los proveedores de la red de nuestro plan. En esta situación (cuando usted está fuera de área de servicio y no puede obtener servicios de un proveedor de la red), nuestro plan cubrirá los cuidados urgentes necesitados que usted obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre cuidado urgente necesario fuera de los Estados Unidos; favor ver Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 para más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente por el costo completo de sus servicios cubiertos?

Sección 4.1 Usted puede solicitarle al plan que pague su parte del costo compartido de su servicio cubierto

En ocasiones limitadas, a usted se le puede pedir que pague el costo completo de un servicio. En otras ocasiones, puede encontrar que ha pagado más de lo que esperaba pagar bajo las reglas de cubierta del plan. En cualquiera que sea el caso, usted querrá que nuestro plan pague su parte del costo compartido reembolsándolo por los pagos que usted haya hecho.

También, puede haber momentos cuando usted recibe una factura de un proveedor por el costo completo de cuidado médico que usted haya recibido. En muchos casos, usted debe de enviarnos esta factura para que nosotros podamos pagar nuestra parte del costo de su servicio médico cubierto.

Si usted ha pagado más de lo que le corresponde por su servicio cubierto, o si ha recibido una factura por el costo total de sus servicios médicos cubiertos, vaya al capítulo 7 (*solicitando al plan pagar su parte del costo compartido de una facturas que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted tiene que pagar el costo completo
--------------------	--

AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP) cubre todos los servicios médicos que sean médicamente necesarios, están cubiertos bajo Medicare y se obtienen consistentemente con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo completo por servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan, o porque fuera de la red donde no estaba autorizado.

Si usted tiene preguntas sobre si pagaremos algún servicio o cuidado médico que usted esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si cubriremos el servicio antes de obtener el mismo. Si nosotros le decimos que no cubriremos sus servicios, usted tendrá derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su cuidado.

Capítulo 9 (¿Qué hacer si usted tiene un problema o queja?) contiene más información sobre qué hacer si usted quiere una decisión de cubierta por parte de nosotros o quiere apelar una decisión ya tomada por nosotros. Usted puede llamar a Servicios al Cliente al número en la portada de este manual para obtener más información sobre cómo hacer esto.

Para servicios cubiertos que tienen limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que usted obtenga luego de que usted haya gastado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Usted puede llamar a Servicios al Cliente para saber qué cantidad de su límite de beneficio usted ya haya consumido.

SECCIÓN 5	¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando está en un “estudio de investigación médica?”
------------------	---

Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación médica?”
--------------------	--

Un estudio de investigación médica es una manera en la que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidados médicos, como cuan bien pueda trabajar un nuevo medicamento contra el cáncer. Ellos prueban nuevos procedimientos de cuidados médicos o medicamentos solicitando voluntarios para ayudarles con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas

finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos ver si un nuevo método funciona y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los afiliados de nuestro plan. Medicare necesita aprobar el estudio de investigación primero. Si usted participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos por su participación en el estudio.*

Una vez Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaje en el estudio lo contactará para darle más información sobre el estudio y ver si usted cumple con los requerimientos solicitados por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando usted cumpla con los requerimientos del estudio y entienda completamente y acepte lo que conlleva participar en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica usted puede mantenerse afiliado en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de sus cuidados (cuidados que no están relacionados con el estudio) a través de nuestro plan.

Si usted desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted *no* necesita aprobación de nuestro plan o de su PCP. El proveedor que suple su cuidado como parte del estudio de investigación médica *no* necesita ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque usted no necesita permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **necesita decirnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.** Aquí está la razón por la que debe informarnos:

1. Nosotros podemos dejarle saber si el estudio de investigación esta aprobado o no por Medicare.
2. Nosotros podemos decirle que servicios usted obtendrá de los proveedores del estudio de investigación clínica en vez de nuestro plan.
3. Nosotros podemos mantener un registro de los servicios de cuidados de salud que usted reciba como parte del estudio.

Si su este piensa participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios al Cliente (Ver Capítulo 2, Sección 1 de esta *Evidencia de Cubierta*).

Sección 5.2	¿Cuándo usted participa en un estudio de investigación clínica, quién paga por qué?
--------------------	--

Una vez usted haya ingresado a un estudio de investigación clínica aprobada por Medicare, usted esta cubierto por los artículos rutinarios y servicios que recibe como parte del estudio, incluyendo lo siguiente:

- Habitación en un hospital que Medicare pagaría aun si usted no estuviese en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamientos de efectos secundarios y complicaciones del nuevo cuidado.

Medicare Original paga la mayoría de los costos de servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Luego de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará parte del costo. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y su costo compartido como afiliado a nuestro plan. Esto significa que sus costos por estos servicios no serán mayores de lo que serian si no fuesen parte de un estudio de investigación clínica.

Cuando usted es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará por lo siguiente:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por nuevos artículos o servicios que el estudio esté probando, a menos que Medicare fuera a cubrir el artículo o servicio aunque usted *no* estuviese en el estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le da a usted o a alguno de los participantes gratuitamente.
- Artículos o servicios ofrecidos sólo para recolectar información, y no usados para el cuidado directo de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría una Tomografía Computarizada “CT Scan” mensuales hechas como parte de un estudio si su condición usualmente solo requiere de una Tomografía Computarizada “CT Scan”.

¿Desea saber más?

Para saber cuánto sería su coaseguro si usted ingresa a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números telefónicos están en la portada de este manual).

Usted puede obtener más información sobre ingresar a un estudio de investigación clínica leyendo la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” en la página de Internet de Medicare (<http://www.medicare.gov>). También, usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener cuidados en una “institución no médica religiosa de cuidados de salud”

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de cuidados no médicos de salud?
--------------------	---

Una institución religiosa de cuidados no médicos de salud es una facilidad que ofrece cuidados para una condición que ordinariamente sería tratada en un hospital o una facilidad de cuidado diestro de enfermería. Si recibir cuidados en un hospital o una facilidad de cuidado diestro de enfermería va en contra de las creencias religiosas de un afiliado, nuestro plan ofrecerá cubierta para una institución religiosa de cuidados no médicos de salud. Usted podrá escoger buscar cuidados médicos en cualquier momento por cualquier razón. Este beneficio es brindado sólo para servicios de hospitalización de Parte A (servicios de cuidados no médicos de salud). Medicare sólo pagará por los servicios de cuidados no médicos de salud obtenidos por una institución de religiosa de cuidados no médicos de salud.

Sección 6.2	¿Qué cuidados ofrecidos por una institución de cuidados no médicos de salud están cubiertos por nuestro plan?
--------------------	--

Para obtener cuidados de una institución de cuidados no médicos de salud, usted debe de firmar un documento legal que indique que usted está conscientemente opuesto a recibir tratamiento médico que es “sin excepción”.

- Un tratamiento o cuidado médico “Sin excepción” es cualquier tratamiento o cuidado médico que es *voluntario* y que *no es requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- Un tratamiento o cuidado médico “Con Excepción” es un tratamiento o cuidado médico que usted recibe que *no* es voluntario o *es requerido* bajo las leyes federales, estatales o locales.

Para que nuestro plan le cubra, el cuidado que usted reciba de una institución religiosa de cuidados no médicos de salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La facilidad ofreciendo el cuidado debe estar certificada por Medicare.
- La cubierta de servicios de nuestro plan que usted recibe es limitada a aspectos de cuidados *no-religioso*.
- Si usted recibe servicios de esta institución que son recibidos en su hogar, nuestro plan cubrirá estos servicios sólo si su condición ordinariamente cumpliría con las condiciones para cubierta de servicios ofrecidos por agencias de salud en el hogar que no son instituciones de cuidados no médicos de salud.
- Si usted obtiene servicios de esta institución que son recibidos en una facilidad, las siguientes condiciones aplican:

- Usted debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos de hospitalización o cuidados de facilidades diestras de enfermería.
- – y – Usted debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido a la facilidad o su estadía no será cubierta.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)

SECCIÓN 1	Entendiendo los costos que salen de su bolsillo por servicios cubiertos	37
Sección 1.1	¿Qué tipo de costos salen de su bolsillo para pagar por servicios cubiertos?	37
Sección 1.2	¿Cuál es la cantidad máxima que pagaría usted por servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	37
SECCIÓN 2	Utilice esta Tabla de Beneficios Médicos para saber lo que está cubierto y cuánto tendrá que pagar	38
Sección 2.1	Sus beneficios médicos y costos como afiliado al plan	38
SECCIÓN 3	¿Que tipos de beneficios no están cubiertos por el plan?.....	61
Sección 3.1	Tipos de beneficios que no están cubiertos (excluidos).....	61

SECCIÓN 1 Entendiendo los costos que salen de su bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo se enfoca en sus servicios cubiertos y lo que usted paga por beneficios médicos. Incluye una tabla de Beneficios Médicos que le provee una lista de servicios cubiertos y cuánto usted pagará por cada beneficio cubierto como afiliado de AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información de servicios médicos que no están cubiertos. También muestra las limitaciones en ciertos servicios.

Sección 1.1 ¿Qué tipo de costos salen de su bolsillo para pagar por servicios cubiertos?

Para entender la información de pago que damos en este capítulo, necesita saber sobre los tipos de costos que salen de su bolsillo y que puede pagar por servicios cubiertos.

- El “**deducible**” es la cantidad que usted debe pagar por los servicios cubiertos antes de que nuestro plan comience a pagar por los servicios cubiertos.
- Un “**copago**” es una cantidad fija que usted paga cada vez que recibe un servicio médico. Usted lo paga al recibir el servicio médico.
- Un “**coaseguro**” es un porcentaje (%) del costo total de un servicio médico. Usted lo paga al recibir el servicio médico.

Algunas personas cualifican para ayuda estatal de programas de Medicaid para pagar los costos de Medicare. Si usted está suscrito a estos programas, dependiendo de las reglas estatales, puede que aun tenga que pagar un copago por el servicio.

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagaría usted por servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?
--

Ya que usted está afiliado a un plan Medicare Advantage, hay un límite para lo que usted paga de su bolsillo cada año por servicios médicos que están cubiertos bajo la Parte A y la Parte B de Medicare. (Ver la tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación).

Como afiliado a AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP), el máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y B de Medicare en el 2011 es \$2,500. Si usted alcanza la cantidad máxima de pagos de su bolsillo de \$2,500, no tendrá que pagar más costos de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y B de Medicare por el restante de año. (Tendrá que continuar pagando su prima de la parte B de Medicare.)

SECCIÓN 2 Utilice esta Tabla de Beneficios Médicos para saber lo que está cubierto y cuánto tendrá que pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como afiliado al plan

La Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP) cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios en esta Tabla de Beneficios Médicos solo se cubren cuando los siguientes requerimientos de cubierta se cumplen:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben ser provistos de acuerdo a las guías de cubierta establecidas por Medicare.
- Excepto en el caso de servicios preventivos y exámenes de cernimiento, sus servicios (incluyendo cuidado médico, servicios, suministros y equipo) *deberán* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios son utilizados para diagnóstico, cuidado directo y tratamiento de su condición médica y no son en la mayoría provistos por su conveniencia o la de su médico.
- Usted recibe su cuidado de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, cuidado que usted reciba de un proveedor fuera de la red no tendrá cubierta. El capítulo 3 ofrece más información sobre requisitos para utilizar un proveedor y las situaciones en las que podemos cubrir servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un médico primario (PCP) que provee y supervisa su cuidado. En la mayoría de las situaciones su PCP debe darle autorización previa antes de que pueda visitar a otro proveedor de la red. Esto se llama darle un “referido” El capítulo 3 ofrece más información sobre cómo obtener referidos y las situaciones en que no necesita referido.
- Algunos de los servicios en la tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene aprobación previa (a veces llamada pre-autorización) del plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la tabla de Beneficios Médicos en una nota al calce y en **negritas**.

Tabla de Beneficios – lista de servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar
cuando recibe estos
servicios cubiertos

Cuidado para paciente hospitalizado

Cuidado para paciente hospitalizado

Afiliados están cubiertos por días ilimitados por cada periodo de beneficio. Servicios cubiertos incluyen:

- Habitación semi-privada (o privada de ser médicamente necesario)
- Comidas incluyendo dieta especial
- Servicio regular de enfermería
- Costo de unidades de cuidado especial (tales como unidad de cuidado intensivo o coronario)
- Medicinas y medicamentos
- Pruebas de laboratorio
- Rayos-X y otros servicios de radiología
- Materiales quirúrgicos y médicos necesarios
- Uso de equipos, como silla de ruedas
- Costos de sala de operación y recuperación
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla
- Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células embrionarias “stem cell”, intestinales/multiviscerales. Si usted necesita un trasplante, nosotros coordinaremos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare el cual decidirá si usted es candidato para el trasplante.
- Sangre – incluyendo almacenaje y administración. Cubierta de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted paga por las primeras 3 pintas de sangre no reemplazada. Cubierta para todo otro componente de sangre comienza con la primera pinta de sangre que necesite.
- Servicios de médico.

Excepto en una emergencia, su proveedor deberá obtener autorización previa del plan.

\$0 copago por servicios recibidos en un hospital que sea parte de la red.

Si usted obtiene cuidado en un hospital que no esté en la red, después que su condición se estabilice, sus gastos son más altos de lo que serían en un hospital del plan.

Beneficio de Medicaid:

Cubierta comienza en el primer día en cubierta No-Medicare, sin limitaciones

Código de Cubierta 010:
\$0.00

Código de Cubierta 011:
\$3.00

Cuidado de salud mental a paciente hospitalizado

- Servicios cubiertos incluye servicios de cuidado de salud mental que requieran hospitalización. Los beneficiarios de Medicare sólo pueden recibir 190 días de hospital siquiátrica en toda su vida. El límite de 190 días no aplica a servicios de cuidado de salud mental en la unidad siquiátrica de un hospital general.

Excepto en una emergencia, su proveedor deberá obtener autorización previa del plan.

\$0 copago por servicios recibidos en un hospital que sea parte de la red.

Beneficio de Medicaid:

Cubierta comienza en el primer día en cubierta No-Medicare, sin limitaciones

Código de Cubierta 010:
\$0.00

Código de Cubierta 011:
\$3.00

Cuidado en Facilidad de Enfermería Diestra (SNF, por sus siglas en inglés)

(Para la definición de Facilidad de Enfermería Diestra vaya al Capítulo 12 de este manual, también se conocen como SNF, por sus siglas en inglés)

Está cubierto por 100 días en cada período de beneficio pero tiene que haber estado hospitalizado al menos 3 día antes de ingresar en la (SNF, por sus siglas en inglés). Servicios cubiertos incluyen:

- Habitación semi-privada (o privada de ser médicamente necesario)
- Comidas, incluyendo dieta especial
- Servicios regulares de enfermería
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla
- Medicamentos administrados como parte de su plan de cuidado (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de sangre)
- Sangre – incluyendo almacenaje y administración.

\$0 copago por servicios recibidos por una SNF que sea parte de la red.

Cubierta de sangre entera y glóbulos rojos empacados comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted paga por las primeras 3 pintas de sangre no reemplazada. Cubierta para todo otro componente de sangre comienza con la primera pinta de sangre que necesite.

- Materiales médicos y quirúrgicos provistos por la SNF.
- Pruebas de laboratorio provistos por la SNF.
- Rayos-X y otros servicios de radiología provistos por la SNF.
- Uso de equipos, como silla de ruedas provistos por la SNF.
- Servicios de médico.

Por lo general obtendrá su cuidado de SNF de una facilidad del plan. Sin embargo bajo ciertas condiciones descritas a continuación, es posible que pueda pagar un costo compartido dentro de la red por una facilidad que no es proveedor del plan, si la facilidad acepta la cantidad del plan como pago.

- Un hogar de cuidado o una comunidad de cuidado continuado en la que residía antes de que fuera al hospital (siempre y cuando provea cuidado diestro de enfermería)
- Un SNF donde viva su cónyuge al momento que usted salga del hospital.

Pueden aplicar reglas de autorización.

Servicios a paciente hospitalizado cuando los días de hospital o facilidad de enfermería diestra no están cubiertos

Según descrito anteriormente, el plan cubre ilimitadamente los días por periodo de beneficios por cuidado a paciente hospitalizado y hasta 100 días por periodo de beneficios en una facilidad de cuidado diestro de enfermería (SNF). Una vez haya alcanzado estas limitaciones de cubierta, el plan ya no cubrirá su estadía en el hospital o SNF. Sin embargo, cubriremos cierto tipo de servicios que usted recibe mientras esta hospitalizado o está en un SNF. Servicios cubiertos incluyen:

- Servicios de médico
- Pruebas (como Rayos-X o pruebas de laboratorio)

\$0 copago por servicios recibidos en un hospital o facilidad de enfermería diestra que sea parte de la red.

- Rayos-X, radio y terapia de isótopos incluyendo materiales y servicios del técnico
- Vendajes quirúrgicos, entablillado, yesos entre otros aparatos usados para reducción de fractura o dislocación
- Prótesis u Ortóticos (que no sea dental) que reemplace todo o parte de un órgano interno (incluyendo tejido contiguo) o todas o parte de las funciones de un órgano interno que funciona mal o está permanentemente inoperante, incluyendo reemplazo o reparación de tal pieza
- Abrazaderas para pierna, brazo, espalda y cuello; piernas, brazos y ojos artificiales incluyendo ajustes, reparación y sustituciones requeridos debido a rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla

Cuidado de Salud en el Hogar

Servicios cubiertos incluyen:

- Servicio a tiempo parcial o intermitente de enfermería diestra y salud en el hogar (A ser cubierto bajo el beneficio de cuidado de salud en el hogar, su enfermería diestra y servicios de cuidado de salud en el hogar combinados deben ser menos de 8 horas por día y 35 o menos horas a la semana)
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla
- Servicios sociales médicos
- Equipo y materiales médicos

Pueden aplicar reglas de autorización.

\$0 copago por servicios de cuidado de salud en el hogar cubiertos por Medicare.

Cuidado en Hospicio

Usted puede recibir cuidado por cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El Plan Original de Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor de hospicio por los servicios que usted reciba. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Usted continuará afiliado a nuestro plan y continuará recibiendo el resto de su cuidado que no esté relacionado a su condición terminal a través de nuestro plan. Sin embargo, Medicare Original pagará por

Cuando usted ingresa a un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de Medicare Original son pagados por Medicare, no AHM_PLATINO PLUS

<p>todos sus servicios de la Parte A y B de Medicare. Su proveedor facturará a Medicare Original por estos servicios mientras su elección de hospicio este vigente. Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para control de síntomas y alivio de dolor, cuidado de alivio a corto plazo y otros servicios no cubiertos de otra manera por Medicare Original • Cuidado en el hogar 	<p>(HMO SNP).</p>
<p>Servicios a Paciente Ambulatorio</p>	
<p>Servicios Médicos, incluyendo visitas a oficinas médicas</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas a consultorio, incluyendo cuidado médico y quirúrgico en el consultorio médico. • Servicios médicos o quirúrgicos en un centro de cirugía ambulatoria certificado o en un hospital de casos ambulatorios. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por algún especialista • Exámenes de audición y balance, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico • Visitas de oficinas de “Telehealth” incluyendo consultas, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Segunda opinión por otro proveedor del plan antes de una cirugía • Servicio ambulatorio en hospital • Cuidado dental no rutinario (servicios cubiertos se limitan a cirugía de la quijada o estructuras relacionadas, arreglo de fracturas de quijada o huesos faciales, extracción de dientes en preparación para tratamiento de radiación de enfermedad neoplásica de cáncer o servicios que estarían cubiertos y provistos por un médico). 	<p>\$0 copago por visitas a un Médico Primario por servicios cubiertos por Medicare y que se reciben de proveedores del plan.</p> <p>\$0 copago por visitas en área de cuidado urgente, cubiertos por Medicare y que se reciben de proveedores del plan</p> <p>\$0 copago por visitas a Especialistas por servicios cubiertos por Medicare y que se reciben de proveedores del plan</p> <p>Beneficio de Medicaid: Código de Cubierta 010: \$0.00</p> <p>Código de Cubierta 011: \$1.00</p>
<p>Servicios de Quiropráctico</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la espina para corregir 	<p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare recibidos por un proveedor de la red.</p>

<p>subluxación.</p> <p><i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i></p>	<p>Hasta 5 visitas de rutina al año.</p> <p>Visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para manipulación manual de la espina dorsal para corregir subluxación (un desplazamiento o desalineamiento de un coyuntura o parte del cuerpo) si lo obtiene de un quiropráctico u otro proveedor cualificado.</p>
<p>Servicios de Podiatra</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies (como juanetes y espuelones) • Cuidado de rutina de pies para afiliados con ciertas condiciones médicas que afecten las extremidades inferiores <p><i>Pueden aplicar reglas de autorización.</i></p>	<p>\$0 copago por visitas cubiertas (medicamente necesarias para los pies) por Medicare a un proveedor en la red.</p> <p>- Hasta 4 visitas de rutina al año.</p>
<p>Cuidado Ambulatorio de Salud Mental</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental provistos por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera clínica especializada, enfermera practicante, asistente médico u otro profesional de cuidado de salud mental según permitido por las leyes estatales que apliquen.</p> <p>Beneficio de Medicaid:</p> <p>Servicios de Intervención de emergencia o en una crisis, disponible 24 horas los 7 días a la semana.</p>	<p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare ofrecidos por un proveedor de la red.</p> <p>Beneficio de Medicaid: Código de Cubierta 010: \$0.00</p> <p>Código de Cubierta 011: \$1.00</p>

<i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i>	
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento activo que es más intenso que el cuidado recibido en la oficina de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare recibidos de un proveedor de la red.</p>
<p>Servicios ambulatorios para el abuso de sustancias</p> <p>Beneficio de Medicaid:</p> <p>Servicios de Intervención de emergencia o en una crisis, disponible 24 horas los 7 días a la semana.</p>	<p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare recibidos de un proveedor de la red.</p> <p>Beneficio de Medicaid: Código de Cubierta 010: \$0.00</p> <p>Código de Cubierta 011: \$1.00</p>
<i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i>	
<p>Cirugía ambulatoria (incluye servicios provistos en un centro de cirugía ambulatoria)</p> <p>Beneficio de Medicaid:</p> <p>Esterilización voluntaria para hombres y mujeres de edad apropiada, orientados previamente sobre implicaciones del procedimiento médico. El médico debe evidenciar un consentimiento escrito del paciente.</p>	<p>\$0 copago por visita a un centro de cirugía ambulatoria de un proveedor de la red.</p> <p>\$0 copago por visita a una facilidad hospitalaria de cirugía ambulatoria de un proveedor de la red.</p> <p>Beneficio de Medicaid: Código de Cubierta 010: \$0.00</p> <p>Código de Cubierta 011: \$1.00</p>
<i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i>	

Servicios de Ambulancia

- Los servicios de ambulancia incluyen ala fija, ala rotaria y servicios de ambulancia terrestre, a la facilidad apropiada más cercana la cual pueda proveer cuidado para un beneficiario cuya condición médica a través de otros medios de transportación sean contraindicados (que pueda poner en riesgo la salud de la persona). La condición del beneficiario debe requerir transportación por ambulancia así como el nivel de servicio provisto para que los servicios facturados sean considerados médicamente necesarios.
- La transportación que no sea de emergencia por ambulancia es apropiada si se documenta que la condición del beneficiario sea tal que otros medios de transportación sean contraindicados (que pueda poner en riesgo la salud de la persona) y que la transportación por ambulancia sea médicamente requerida.

\$0 copago por servicio de ambulancia médicamente necesario cubierto por Medicare.

Pueden aplicar las reglas de autorización.

Cuidado de Emergencia

Los servicios de emergencia están cubiertos alrededor del mundo.

\$0 copago por visitas a sala de emergencia dentro de Puerto Rico y los Estados Unidos.

\$0 copago por visitas a sala de emergencia fuera de Puerto Rico y los Estados Unidos.

Si usted recibe tratamiento de paciente interno en un hospital que no es proveedor del plan-después que su condición se ha estabilizado, sus gastos serán mayores de los que pagaría en un hospital del plan.

Cuidado de Urgencia

El cuidado de urgencia está cubierto alrededor del mundo.

\$0 copago por cuidado de urgencia dentro de Puerto Rico y los Estados Unidos.

	<p>\$5 copago por cuidado de urgencia fuera de Puerto Rico y los Estados Unidos.</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatorios</p> <p>Servicios cubiertos incluyen: Terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla/lenguaje, terapia de rehabilitación cardiaca, terapia intensiva de rehabilitación cardiaca, servicios de rehabilitación pulmonar y Servicios de Rehabilitación Comprensiva en Facilidad Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés).</p> <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>\$0 copago por visitas de Terapia Ocupacional Cubiertas por Medicare a un proveedor dentro-de-la red.</p> <p>\$0 copago por visitas de Terapias Físicas y/o Terapias del habla/lenguaje que son cubiertas por Medicare a un proveedor dentro-de-la red.</p> <p>\$0 copago por visitas de Rehabilitación Cardiaca Cubiertas por Medicare a un proveedor dentro-de-la red.</p>
<p>Equipo médico duradero y materiales relacionados</p> <p>(Para la definición de “equipo médico duradero” vea el Capítulo 12 de este manual)</p> <p>Servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, camas de hospital, bomba de infusión intravenosa, equipo de oxígeno, nebulizador y andador.</p> <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>0% a 10% del costo por equipos cubiertos por Medicare que se reciben de un proveedor-dentro de la red.</p>
<p>Prótesis y materiales relacionados – (que no sean dentales) que reemplacen una parte o función del cuerpo. Esto incluye bolsas de colostomía y materiales directamente relacionados con cuidado de colostomía, marcapasos, abrazaderas, zapatos prostéticos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluyendo sostén quirúrgico luego de mastectomía). Incluye ciertos materiales relacionados con prótesis y reparación y/o sustitución de prótesis. También incluye cubierta luego de una remoción de catarata o cirugía de catarata – vea “Cuidado de la Vista” más adelante para detalles.</p> <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>0% a 10% del costo por artículos cubiertos por Medicare que se reciben de un proveedor-dentro de la red.</p>

<p>Auto-monitoreo de Diabetes, adiestramiento y suministros - para toda persona con diabetes (usuarios y no usuarios de insulina).</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitor de glucosa en la sangre, tirillas, lancetas y soluciones de control de glucosa para verificar exactitud de monitores y cintas.• Para personas con Diabetes que tengan enfermedad diabética severa del pie: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos hechos a la medida (incluyendo plantillas para dichos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles que vienen con dichos zapatos). La cubierta incluye entalle• El adiestramiento para auto-manejo está cubierto bajo ciertas condiciones.• Para personas con riesgo de diabetes: Prueba de plasma de glucosa está cubierta una vez por año calendario. Cuando sea médicamente necesario. <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>\$0 copago por adiestramiento de auto monitoreo para diabéticos.</p> <p>\$0 copago por suministros de Diabetes.</p>
<p>Terapia médica de nutrición – para personas con diabetes, enfermedad (riñón) renal (pero no en diálisis) y luego de un trasplante cuando referido por su médico.</p> <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>\$0 copago por Terapia de Nutrición para Diabéticos.</p>
<p>Servicios Educativos sobre Enfermedad del Riñón</p> <p>Educación para enseñar cómo cuidar del riñón y ayudar a afiliados a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para las personas con enfermedad crónica del riñón en etapa IV, cuando son referidos por un médico, cubrimos hasta 6 sesiones educativas de por vida.</p>	<p>\$0 copago</p>

<p>Pruebas diagnósticas, servicios y materiales terapéuticos para paciente ambulatorio</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rayos-X• Terapia de radiación• Materiales quirúrgicos, como vendajes• Materiales como yesos y entablillados• Pruebas de laboratorio• Sangre – Cubierta comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite – usted paga por las primeras 3 pintas de sangre no reemplazada. Cubierta por almacenaje y administración comienza con la primera pinta de sangre que necesite.• Otras pruebas de diagnóstico para paciente ambulatorio <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">- servicios de laboratorios- procedimientos diagnósticos y pruebas- Rayos X cubiertos por Medicare <p>\$0 copago por servicios de radiología diagnóstica cubierta por Medicare (sin incluir Rayos X)</p> <p>\$0 copago por servicios de radiología terapéutica cubierta por Medicare</p>
<p>Cuidado de la Visión</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicio de médico ambulatorio para el cuidado de los ojos.• Para personas que están en riesgo alto de glaucoma, tales como personas con historial familiar de glaucoma, con diabetes y personas afro-americanas que tengan 50 años o más: prueba de glaucoma una vez al año.• Un par de espejuelos o lentes de contacto luego de cada cirugía de catarata que incluya la inserción de un lente intraocular. Los lentes/marcos correctivos (y de reemplazo) necesarios luego de la remoción de la catarata sin un implante de lente.• Hasta un examen de rutina cada año.	<p>\$0 copago por diagnóstico y tratamiento para enfermedades y condiciones de la vista</p> <p>hasta 1 examen de rutina al año.</p> <p>\$0 de copago por:</p> <p>Un par de espejuelos o un par de lentes de contacto luego de cirugía de cataratas.</p> <p>Hasta 1 par de espejuelos cada año.</p> <p>Hasta un par de lentes de contactos cada año.</p> <p>Hasta un par de lentes cada año.</p>

Hasta un marco para espejuelos cada año.

Cubierta de hasta \$100 para espejuelos, lentes de contacto, lentes de espejuelos y monturas cada año.

Beneficio de Medicaid:

Exámenes de rutina

Código de Cubierta 010:
\$0.00

Código de Cubierta 011:
\$1.00

Cuidado Preventivo y Pruebas de Cernimiento

Prueba Abdominal de Aneurisma Aórtica

Prueba hecha una sola vez de ultrasonido para personas en riesgo. Medicare solo cubre esta prueba si usted recibe un referido para él como resultado de su prueba física de “Bienvenida a Medicare”.

\$0 copago por cada servicio cubierto por Medicare recibido por un proveedor de la red.

Medición de masa ósea

Para individuos que cualifiquen (generalmente significa personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 2 años o con más frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad ósea, incluyendo la interpretación de resultados por un médico.

\$0 copago por cada servicio cubierto por Medicare recibido por un proveedor de la red.

Pueden aplicar las reglas de autorización.

<p>Pruebas de cernimiento colorrectal</p> <p>Para personas de 50 años o más, cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sigmoideoscopia flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses.• Prueba de detección de sangre en excreta, cada 12 meses. <p>Para personas en alto riesgo de cáncer colorrectal, cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia para cernimiento (o enema de bario para cernimiento como alternativa) cada 24 meses. <p>Para personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia para cernimiento cada 10 años, pero no dentro de 48 meses después de una sigmoideoscopia. <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare recibidos de un proveedor de la red.</p>
<p>Prueba de VIH</p> <p>Para personas que solicitan prueba de VIH o que tienen alto riesgo de ser infectados por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una prueba cada 12 meses <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta 3 pruebas durante el embarazo	<p>\$0 copago</p>
<p>Vacunas</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacunas de neumonía• Vacuna de influenza, una vez al año en otoño o invierno.• Si corre riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B: vacuna de Hepatitis B.• Otras vacunas si está en riesgo.	<p>\$0 copago por vacunas de Pulmonía e Influenza.</p> <p>\$0 copago por vacuna de Hepatitis B.</p> <p>No se necesita referido para vacunas de Neumonía e Influenza.</p>

También cubrimos algunas vacunas bajo el beneficio de medicamentos recetados ambulatorio.

Beneficio de Medicaid:

Código de Cubierta 010:
\$0.00

Beneficio de Medicaid:

Vacunas para niños de 0 a 21 años de edad provistas por el Departamento de Salud (DOH).

Código de Cubierta 011:
\$0.00

- a. Difteria
- b. Polio (ipv)
- c. Polio (opv)
- d. Hepatitis B
- e. MMR
- f. Tétano (TD)
- g. Pulmonía
- h. HPV
- i. Tetramune (DTP-Hip)
- j. Immunoglobulina
- k. Synagis para bebés
- l. Hepatitis A vacuna para niños de 12 a 17 meses de edad
- m. Tétano/Difteria refuerzo cada 10 años
- n. Vacuna de Varicelas para niños de 12 años
- o. PCV-7 para niñas y adolescentes
- p. Influenza para 65 años o más

Para Vacunas que no están cubiertas por el Paquete de Beneficios de Medicare, estas son provistas por el Departamento de Salud de Puerto Rico (PRHD).

El GHIP cubre la administración de las vacunas de acuerdo al horario establecido por la PRHD.

Pueden aplicar las reglas de autorización.

Mamografía de Cernimiento

Servicios cubiertos incluyen:

- Un examen básico entre las edades de 35 y 39 años.
- Un examen de cernimiento cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante.

\$0 copago por Mamografías de Cernimiento cubiertas por Medicare recibidas de un proveedor de la red.

Pruebas PAP, exámenes pélvicos y examen clínico del seno

Servicios cubiertos incluyen:

- Para toda mujer, las pruebas PAP, exámenes pélvicos y exámenes clínicos del seno están cubiertos una vez cada 24 meses.
- Si usted está en alto riesgo de sufrir cáncer cervical o ha tenido una prueba PAP anormal y está en edad reproductiva: una prueba PAP cada 12 meses.

\$0 copago por pruebas PAP y Exámenes Pélvicos cubiertos por Medicare recibidos de un proveedor de la red.

Pueden aplicar las reglas de autorización.

Examen de cernimiento de cáncer de la próstata

Para hombres mayores de 50 años, lo siguiente está cubierto cada 12 meses:

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

\$0 copago por examen de Cernimiento de Cáncer de la próstata cubierto por Medicare recibido de un proveedor de la red.

Pueden aplicar las reglas de autorización.

Pruebas para enfermedades cardiovasculares

Exámenes de sangre para detección temprana de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular). El plan cubre hasta un examen anual.

\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare recibidos por un proveedor de la red.

<p>Examen Físico Inicial Preventivo (Examen Físico de “Bienvenido a Medicare”)</p> <p>Un examen físico para afiliados dentro de los primeros 12 meses de tener su nueva cubierta de Medicare Parte B. Incluye: tomar el peso, altura, índice de masa corporal, presión arterial, agudeza de visión y otras medidas de rutina; un electrocardiograma, educación, consejería y referido respecto a exámenes de cernimiento y servicios preventivos. No incluye exámenes de laboratorio.</p> <p>Evaluación física anual comprensiva.</p> <p>Beneficio de Medicaid:</p> <p>Certificados de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los Certificados de Salud que incluyen pruebas de VDRL y tuberculina (TB). - Estos certificados deben tener el sello del Departamento de Salud y serán provistos por una organización de Cuidado de Salud acreditada, hasta \$5.00. - Cualquier certificación para beneficiarios elegibles del GHIP para el Programa de Medicaid (i.e. Historial de Medicación) serán provistos al beneficiario sin ningún costo. - Cualquier deducible aplicable para los procedimientos necesarios y pruebas de laboratorio relacionadas a la emisión del Certificado de Salud serán responsabilidad del beneficiario. 	<p>Quando usted obtiene Medicare Parte B puede recibir un examen físico de solo una vez durante los primeros 12 meses de su nueva cubierta de la Parte B. La cubierta no incluye exámenes de laboratorio.</p> <p>\$0 copago en servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Exámenes de rutina no están cubiertos.</p> <p>Beneficio de Medicaid:</p> <p>Código de cubierta 010: \$0.00</p> <p>Código de cubierta 011: \$1.00</p>
<p>Servicios Personalizados de Prevención (Visita Anual de Bienestar)</p> <p>Disponible para afiliados los primeros 12 meses de su afiliación a la Parte B de Medicare o 12 meses después de que el afiliado tiene su Examen Físico Inicial Preventivo(Examen Físico de “Bienvenido a Medicare”)</p>	<p>\$0 copago</p>
<p>Otros Servicios</p>	

<p>Diálisis Renal (Riñón)</p> <p>Servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de diálisis ambulatorio (incluyendo tratamientos de diálisis cuando esté temporalmente fuera del área de servicio, según explicado en el Capítulo 3).• Tratamiento de diálisis a paciente recluido (si es ingresado a un hospital por cuidado especial).• Adiestramiento de auto-diálisis (incluyendo adiestramiento para usted y otros que le ayuden con sus tratamientos de diálisis en el hogar).• Equipo y materiales para diálisis en el hogar.• Ciertos servicios de apoyo a domicilio (tales como, visitas por trabajadores adiestrados de diálisis para verificar su diálisis en el hogar, ayudarle en emergencias y verificar su equipo de diálisis y provisiones de agua). <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>\$0 copago por servicio de diálisis</p> <p>\$0 copago por Terapia Nutricional para Enfermedad Renal.</p>
<p>Medicamentos Recetados de la Parte B</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos bajo la Parte B de Medicare Original. Beneficiarios de nuestro plan reciben este beneficio a través de nuestro plan. Medicinas cubiertas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que usualmente no son auto-administrados por el paciente y son inyectados mientras se recibe servicio médico.• Medicamentos usados mediante equipo médico duradero (como nebulizadores) que sean autorizados por el plan.• Factores de coagulación que usted mismo se inyecte si padece de hemofilia.• Medicamentos inmunosupresores si usted está afiliado en la Parte A de Medicare al momento de ser sometido a un trasplante de órgano.• Medicamentos inyectables para osteoporosis, si está recluido en la casa, tiene fractura ósea que un médico certifique está relacionada a osteoporosis post-menopausia y no puede auto-administrarse el medicamento.• Antígenos	<p>\$0 copago por Medicamentos Recetados por la Parte B de Medicare.</p> <p>\$0 deducible anual para medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare.</p>

- Ciertos medicamentos orales anti-cáncer y medicamentos anti-náusea.
- Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluyendo heparina, el antídoto para heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos, agentes estimulantes Erythropoetin (tales como Epogen®), Procrit® o Epoetin Alfa, Aranesp® y Darbepoetin).
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedad de inmunodeficiencia primaria.

El Capítulo 5 explica el beneficio de Medicamentos Recetados de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para que sus medicamentos sean cubiertos. En el Capítulo 6 puede ver lo que usted paga por sus Medicamentos Recetados de la Parte D a través de nuestro plan.

Beneficios Adicionales

Servicios Dentales

- El Plan cubre servicios dentales preventivos tales como exámenes orales y rayos X dentales.
- Ofrece Beneficios Dentales Comprensivos.

Beneficio de Medicaid:

- **Preventivo (niños y adultos)**
- **Restauraciones**
- Los servicios dentales cubiertos serán identificados utilizando los Códigos publicados por la Asociación Americana Dental (ADA) para los procedimientos establecidos por ASES.
- Un Examen Oral Comprensivo
- Un examen periódico cada seis meses
- Un examen oral para determinar problemas limitados
- Una serie de radiografías intra orales, incluyendo mordedura, cada tres años.
- Una radiografía inicial periapical intra oral.
- Hasta 5 radiografías adicionales por año periapicales intra orales.
- Una radiografía de mordedura de placa sencilla.
- Una radiografía de mordedura de placa doble anual.

\$0 copago por los siguientes beneficios dentales recibidos por un proveedor de la red:

- hasta 2 limpiezas al año

- hasta 2 tratamientos de fluoruro al año.

- hasta 2 rayos x al año.

\$5 copago por hasta 2 exámenes orales al año

Hasta un máximo de \$750 por servicios dentales comprensivos adicionales cada año.

Beneficio de Medicaid:

Código de cubierta 010:

<ul style="list-style-type: none"> • Una radiografía panorámica cada tres años. • Una limpieza cada seis meses para niños. • Una limpieza cada seis meses para adultos. • Una aplicación tópica de fluoruro cada seis meses para beneficiarios menores de 19 años. • Selladores de Fisuras de por vida para beneficiarios hasta 14 años. Incluye molares deciduales en niños de 8 años a más cuando es médicamente necesario porque tiene tendencia de caries. • Restauraciones de Amalgamas • Restauraciones de Resina • “Root Canal” • Tratamiento Paliativo • Cirugía Oral 	<p>\$0.00</p> <p>Código de cubierta 011: \$1.00</p>
<p>Servicios de audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen diagnóstico de audición • Audífonos 	<p>\$0 copago por servicios cubiertos por Medicare recibidos por un proveedor de la red.</p> <p>Pruebas de audición cubiertas por Medicare (exámenes diagnósticos)</p> <p>Exámenes de rutina hasta 1 visita al año.</p> <p>Hasta 1 evaluación para ajuste de audífonos al año.</p> <p>\$0 copago por audífonos cada año.</p> <p>Límite de \$300 por audífonos cada 3 años.</p> <p>Beneficio de Medicaid:</p> <p>Exámenes Rutinarios</p> <p>Código de cubierta 010: \$0.00</p> <p>Código de cubierta 011:</p>

	\$1.00
<p>Programas de educación en salud y bienestar</p> <p>Estos programas están enfocados en condiciones clínicas de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales. Los programas diseñados para enriquecer la salud y los estilos de vida de los beneficiarios incluyen manejo de peso, cesar de fumar, ejercicios y manejo de stress.</p>	<p>El Plan cubre los siguientes beneficios de salud y bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesiones para dejar de fumar adicionales - Membresía a un gimnasio <p>\$0 copago por cada sesión de consejería para dejar de fumar.</p> <p>\$0 copago por cada sesión adicional para dejar de fumar.</p> <p>Cada sesión adicional para dejar de fumar incluye hasta 2 visitas al año.</p> <p>El beneficio de Membresía a un gimnasio tiene un máximo de \$25.00 por mes. Este beneficio no es acumulativo y las cantidades no se traspasan de un mes a otro.</p>
<p>Beneficio de Medicaid:</p> <p>Servicios de Maternidad</p>	<p>Código de cubierta 010: \$0.00</p> <p>Código de cubierta 011: \$1.00</p>

Beneficio de Medicaid:	Código de cubierta 010: \$0.00
Cubierta Especial	
Servicios relacionados con:	Código de cubierta 011: \$1.00
<ul style="list-style-type: none">- Tuberculosis- Lepra	
Beneficio de Medicaid:	Código de cubierta 010: \$0.00
Medicamentos Recetados	Código de cubierta 011: \$0.00
<ul style="list-style-type: none">• La cubierta del Wrap de medicamentos cubiertos comienza cuando termina la cubierta de Medicare (incluyendo Proceso de Apelaciones de CMS de la Parte D).• El Formulario de la Parte D del MAO está sujeto a los copagos de Platino• Los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario de la Parte D del MAO están sujetos al proceso de Excepción o de apelaciones de CMS.• Los medicamentos no incluidos en la PRHIA Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) y en el formulario de medicamentos del MAO de la Parte D pero, son aprobados por el Proceso de Apelaciones de CMS, están sujeto a los copagos del WRAP-AROUND DE PLATINO, que están incluidos en el Formulario Master del PRHIA.• Los costos compartidos de la Parte D (primas, deducibles, coaseguros incluidos en los gastos de la cubierta del Gap).• Los siguientes medicamentos que están excluidos del beneficio de la parte D y que están actualmente cubiertos bajo la Lista de Medicamentos Preferidos en el Plan se Seguros de Salud de Puerto Rico, deben estar cubiertos:<ul style="list-style-type: none">1. Benzodiazepina2. Vitaminas Recetadas	
<ul style="list-style-type: none">• Los siguientes medicamentos son barbitúricos y están incluidos en diferentes categorías del PDL:	

<p>1. Fenobarbital - Anticonvulsivo 2. Primidone - Anticonvulsivo 3. APAP/Butalbital/Cafeína(Fioricet) – Migraña</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todo paciente cuya condición está bajo control bajo medicamentos, sea bioequivalente o de marca, debe continuar con dichos medicamentos basándose en el criterio médico del especialista responsable de atender al paciente. <p>Referirse al anejo de CMS para apelaciones y proceso de excepción</p>	
<p>Transportación</p> <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>\$0 copago por hasta un viaje ida y vuelta a localidades aprobadas por el plan cada año.</p> <p>Hasta un máximo de \$40.</p> <p>Este beneficio se limita a transportación a evaluación anual.</p>
<p>Suplementos Orales Nutricionales</p> <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>Para individuos con la condición médica de tomar suplementos orales nutricionales el plan pagará por hasta 3 unidades diarias por 4 semanas consecutivas al año. Este beneficio requiere la aprobación del médico primario y del plan.</p>
<p>Pañales de Adulto (Incontinencia)</p> <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización.</i></p>	<p>El plan ofrece cubierta para pañales de adultos cuando es médicamente necesario. Beneficio se limita a 3 pañales diarios y está sujeto a autorización y revisión de necesidad medica.</p>
<p>Silla de Baño</p> <p><i>Pueden aplicar las reglas de autorización</i></p>	<p>1 por afiliado</p> <p>Según sea médicamente</p>

	necesario
Monitor de Presión Arterial <i>Pueden aplicar las reglas de autorización</i>	Para aquellos afiliados que tengan necesidad médica de tomarse continuamente la presión arterial, el plan proveerá 1 monitor de presión arterial por afiliado. Este beneficio requiere certificación por su médico primario y aprobación del plan.

SECCIÓN 3 ¿Que tipos de beneficios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Tipos de beneficios que no están cubiertos (excluidos)
--

Esta Sección le habla de los tipos de beneficios que están “excluidos.” Excluidos significa que el plan no cubre esos beneficios.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición y algunos que están excluidos solo bajo condiciones específicas.

Nosotros no pagaremos por las exclusiones que aparecen en esta Sección (o en otras Secciones de esta Evidencia de Cubierta) y tampoco lo hará Medicare Original, a menos que bajo apelación, se encuentre que son servicios, artículos o medicamentos que debimos haber pagado o cubierto (en el Capítulo 9 la Sección 5.3 se discute lo que es apelación).

En adición a cualquier exclusión o limitación descritas en la Tabla de Beneficios, o en cualquier otro sitio de esta Evidencia de Cubierta, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por Medicare Original ni por el plan:**

- Servicios que no son razonables ni necesarios de acuerdo a los estándares del Plan Medicare Original, excepto si dichos servicios están listados como cubiertos.
- Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipo, y medicamentos de carácter experimental o investigativo, a menos que estén cubiertos por Medicare Original o para ciertos servicios cubiertos bajo un estudio clínico aprobado. El Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) continuar pagando a través del Medicare Original por artículos

experimentales y servicios cubiertos bajo la Determinación de Cubierta Nacional de septiembre 2000 que son provistas a los beneficiarios del plan. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos determinados por nuestro plan y el Plan Original de Medicare a no ser aceptados generalmente por la asociación médica.

- Tratamiento quirúrgico de obesidad morbosa excepto si médicamente necesario y cubierto por Medicare Original.
- Cuarto privado en hospital, a menos que sea médicamente necesario.
- Enfermera privada.
- Artículos de conveniencia personal, tales como teléfono o televisor en su cuarto de hospital o facilidad de enfermería diestra.
- Cuidado de enfermera a tiempo completo en su hogar.
- Cuidado de custodia se provee en conjunto con cuidado de enfermera diestra o/y servicios de rehabilitación. “Cuidado de custodia” incluye cuidado que ayuda a las personas en sus actividades del diario vivir como bañarse y vestirse.
- Servicios de Ama de Casa incluyen asistencia básica en el hogar y de limpieza y preparación ligera de alimentos.
- Cargos impuestos por un familiar cercano o miembro de su hogar.
- Comidas a domicilio.
- Procedimientos electivos o voluntarios, servicios, provisiones y medicamentos con propósitos de realce personal, incluyendo pero no limitado a: pérdida de peso, vellos, funcionamiento sexual, funcionamiento atlético, propósitos cosméticos, anti-envejecimiento y funcionamiento mental, excepto si médicamente necesario.
- Procedimientos o cirugía estéticos, excepto si necesario debido a lesión accidental o para mejorar la función de una parte contrahecha del cuerpo. Las etapas de reconstrucción del seno objeto de una mastectomía y para lograr una apariencia simétrica, la cirugía y reconstrucción del seno no operado.
- Zapatos ortopédicos, excepto si son parte de una abrazadera de pierna y están incluidos en el costo de la misma. Hay otra excepción: los zapatos ortopédicos o terapéuticos están cubiertos para personas con enfermedad de pié diabético
- Implementos de soporte para los pies. Hay una excepción: los zapatos ortopédicos o terapéuticos están cubiertos para personas con enfermedad de pié diabético.
- Medicamentos que se auto-administran para el tratamiento de disfunción sexual, incluyendo disfunción de erección, impotencia, y anorgasmo o híper orgasmo.
- Procedimientos para revertir procedimientos de esterilización, cambios de sexo y contraceptivos sin receta y artefactos.
- Servicios naturopáticos.
- Consejería o servicios de referido los cuales nuestro Plan objete basándose en razones morales o religiosas. En el caso de nuestro Plan, no damos consejería o hacemos referidos para adelantar directrices relacionadas a no comer/o rehusar tratamiento, etc. Hasta el punto que estos servicios son cubiertos por Medicare, estos serán cubiertos por el Plan de Medicare Original.
- Servicios provistos a los veteranos en facilidades de Veterans Affairs (VA). Aunque, en caso de servicios de emergencias recibidos en un hospital de veteranos, si el copago de

VA es mayor que el copago requerido bajo nuestro plan, nosotros reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los miembros aun siguen siendo responsable por la cantidad del copago de nuestro plan.

- Cualquiera de estos servicios antes listados que no están cubiertos continuaran no cubiertos aunque hayan sido recibidos en una facilidad de emergencia. Por ejemplo, no están cubiertas aunque se reciban en facilidades de emergencia aquellas condiciones rutinarias que no se hayan autorizado antes.

Capítulo 5.Utilizando la cubierta del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	67
Sección 1.1	Este Capítulo describe su cubierta de medicamentos de la Parte D	67
Sección 1.2	Reglas básicas para cubierta de medicamentos de la Parte D.....	68
SECCIÓN 2	Sus recetas deben ser escritas por un proveedor de nuestra red de proveedores.....	68
Sección 2.1	En la mayoría de los casos, su receta debe de venir de un proveedor de la red.....	68
SECCIÓN 3	Busque sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de orden por correo.....	69
Sección 3.1	Para que su receta este cubierta, utilice una farmacia de la red	69
Sección 3.2	Encontrar farmacias de la red	69
Sección 3.3	Utilizando el servicio de orden por correo del plan	70
Sección 3.4	¿Cómo puede obtener un abastecimiento a largo plazo de medicamentos?.....	71
Sección 3.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenezca a la red del plan?	71
SECCIÓN 4	Sus medicamentos necesitan estar en la “Lista de Medicamentos”	72
Sección 4.1	La “Lista de Medicamentos” le explica cuales son los Medicamentos de la Parte D que tienen cubierta	72
Sección 4.2	Hay 5 “niveles de costo compartido” para medicamentos en la Lista de Medicamentos	73
Sección 4.3	¿Cómo puede saber si un medicamento en específico está en la Lista de Medicamentos?	73
SECCIÓN 5	Hay restricciones para la cubierta de ciertos medicamentos	73

Sección 5.1	¿Porque algunos medicamentos tienen restricciones?	73
Sección 5.2	¿Que tipo de restricciones?	74
Sección 5.3	¿Algunas de estas restricciones aplica a sus medicamentos?	74
SECCIÓN 6	¿Que sucede si sus medicamentos no están cubiertos de la forma que usted desea?	75
Sección 6.1	Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desea	75
Sección 6.2	¿Que puede hacer si u medicamento no está Lista de Medicamentos o si esta de alguna forma restringido?.....	75
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si su medicamento esta en un nivel de costo compartido que usted encuentra que es muy alto?.....	78
SECCIÓN 7	¿Qué sucede si la cubierta cambia para alguno de sus medicamentos?	78
Sección 7.1	La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año	78
Sección 7.2	¿Qué sucede si la cubierta cambia para alguno de los medicamentos que usted se esta tomando?	79
SECCIÓN 8	¿Que tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	80
Sección 8.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	80
SECCIÓN 9	Muestre la tarjeta de identificación del plan cuando busque una receta	81
Sección 9.1	Muestre su tarjeta de membresía.....	81
Sección 9.2	¿Que sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted?	81
SECCIÓN 10	Cubierta de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	82
Sección 10.1	¿Que sucede si esta en el hospital o una facilidad de cuidado diestro de enfermería por una hospitalización cubierta por el plan?	82
Sección 10.2	¿Que sucede si reside en una facilidad de cuidado a largo plazo?.....	82

Sección 10.3 ¿Qué sucede si recibe cubierta de medicamentos de su patrono o grupo de retirados?83

SECCIÓN 11 Programas para la seguridad y manejo de medicamentos 84

Sección 11.1 Programas que ayudan a los afiliados a usar sus medicamentos con prudencia.....84

Sección 11.2 Programas para ayudar con el manejo de medicamentos84



¿Sabe usted que existen programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos?

La “Ayuda Extra” es un programa de ayuda a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Para más información, vea el Capítulo 2, Sección 7.

¿Usted actualmente recibe ayuda para pagar por sus medicamentos?

Si usted es parte de un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos, **alguna información en esta Evidencia de Cubierta podría no aplicarle a usted.** Nosotros hemos incluido información por separado, llamado “Evidencia de Cubierta para Personas que Reciben Ayuda Extra para Pagar por Medicamentos Recetados”, que le habla sobre su cubierta de medicamentos. Si usted no tiene esta información adicional, favor de llamar a Servicios al Cliente y pregunte por la “Evidencia de Cubierta que Corren para para Personas que Reciben Ayuda Extra para Pagar por Medicamentos Recetados” .Los números de teléfono para Servicios al Cliente están en la portada.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este Capítulo describe su cubierta de medicamentos de la Parte D
--

Este Capítulo le explica las reglas para utilizar su cubierta de medicamentos de la Parte D. El próximo Capítulo le habla de lo que usted paga por medicamentos de la Parte D. (Capítulo 6, Lo que usted paga por medicamentos recetados de la Parte D).

En adición a su cubierta por medicamentos de la Parte D, AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP) también cubre algunos medicamentos bajo los beneficios médicos del plan:

- El plan cubre medicamentos que se le proveen durante hospitalizaciones y facilidades de cuidado diestro de enfermería. Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que se cubre y lo que usted paga*) le habla de los beneficios y costos por medicamentos durante una hospitalización o estadía en una facilidad de cuidado diestro de enfermería.
- La Parte B de Medicare también provee beneficios para algunos medicamentos. Medicamentos de la Parte B incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectados que se le provean durante una visita médica y medicamentos provistos en facilidades de diálisis. Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que se*

cubre y lo que usted paga) le habla de los beneficios y costos por medicamentos de la Parte B.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente son cubiertos por los beneficios médicos del plan. El resto de sus medicamentos están cubiertos bajo los beneficios de la Parte D. **Este Capítulo explica las reglas para utilizar su cubierta de medicamentos de la Parte D.** El próximo Capítulo le habla de lo que usted paga por medicamentos de la Parte D. (Capítulo 6, Lo que usted paga por medicamentos recetados de la Parte D).

Sección 1.2	Reglas básicas para cubierta de medicamentos de la Parte D
--------------------	---

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

- Usted debe utilizar un proveedor de la red para que le escriba sus recetas. (Vea la Sección 2, *Sus recetas deben ser escritas por un proveedor de nuestra red de proveedores.*)
- Usted debe utilizar una farmacia de la red para buscar sus recetas. (Vea la Sección 2, *Busque sus recetas en una farmacia de la red.*)
- Sus medicamentos deberán aparecer en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* (la llamamos “Lista de Medicamentos”). (Vea la Sección 4, *Sus medicamentos deberán aparecer en la Lista de Medicamentos del Plan.*)
- Su medicamento debe ser considerado “medicamento necesario”, esto significa razonable y necesario para el tratamiento de su enfermedad o lesión. Además deberá ser un tratamiento aceptado para su condición médica.

SECCIÓN 2 **Sus recetas deben ser escritas por un proveedor de nuestra red de proveedores**

Sección 2.1	En la mayoría de los casos, su receta debe de venir de un proveedor de la red
--------------------	--

Usted necesita obtener su receta (así como su cuidado) de un proveedor de la red de proveedores de nuestro plan. Esta persona usualmente será su médico primario (su PCP, por sus siglas en inglés). También puede ser otro profesional en nuestra red de proveedores, si su PCP lo ha referido para algún cuidado en específico.

Para encontrar un proveedor de la red, busque en su Directorio de Proveedores.

El plan cubrirá recetas de proveedores que no pertenecen a la red de proveedores solo en algunas circunstancias especiales. Estas incluyen:

- Recetas que obtiene en conjunto con un cuidado de emergencia.
- Recetas que obtiene en conjunto con un cuidado necesario urgente cuando un proveedor de la red no esté disponible.

- Diálisis que pueda obtener cuando está viajando fuera del área de servicio del plan.

Más allá de estas circunstancias, debe tener aprobación por adelantado (“autorización previa”) de parte del plan para tener cubierta de una receta de un proveedor fuera de la red de proveedores.

Si usted paga “de su bolsillo” por una receta escrita por un proveedor fuera de la red y usted piensa que debemos cubrir este gasto, favor de comunicarse con Servicios al Cliente o enviarnos la factura para pago. Capítulo 7, Sección 2.1 habla de cómo pedirnos que paguemos por nuestra parte del costo compartido.

SECCIÓN 3 Busque sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de orden por correo

Sección 3.1 Para que su receta este cubierta, utilice una farmacia de la red
--

En la mayoría de los casos, sus recetas tendrán cubierta solamente si se buscan en una farmacia de la red. (Vea la Sección 3.5 para información sobre cuando cubriríamos recetas dispensadas en una farmacia fuera de la red.)

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados con cubierta. El término “medicamentos recetados” significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos por el plan.

Sección 3.2 Encontrar farmacias de la red

¿Cómo encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red puede buscar en su *Directorio de Proveedores*, visitar nuestra página de Internet (www.ahmpr.com), o llamar a Servicios al Cliente (números de contacto están en la portada). Escoja lo que sea más fácil para usted.

Usted puede visitar cualquiera de nuestras farmacias de la red. Si usted cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita rellenar una receta que ha estado utilizando, puede solicitar una nueva receta escrita por un médico o que transfieran su receta a otra farmacia de la red.

¿Qué sucede si una farmacia que usted ha estado utilizando abandona la red?

Si la farmacia que usted ha estado utilizando abandona la red de farmacias del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que sea parte de la red del plan. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede buscar ayuda en Servicios al Cliente (números de contacto están en la portada) o utilice el *Directorio de Proveedores*.

¿Qué sucede si usted necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas se deben buscar en farmacias de la red que sean especializadas. Farmacias especializadas incluye:

- Farmacias que proveen medicamentos de terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para los residentes de facilidades de cuidado a largo plazo. Usualmente, una facilidad de cuidado a largo plazo (como un hogar de cuidado) tiene su propia farmacia. Los residentes pueden obtener medicamentos recetados en la farmacia de la facilidad siempre y cuando la misma sea parte de nuestra red de farmacias. Si su farmacia de cuidado a largo plazo no es parte de nuestra red, favor de comunicarse con Servicios al Cliente.
- Farmacias que dan servicios de salud a Indígenas/ Tribus/ Programas de Salud Urbanos de Indígenas (no disponible en Puerto Rico). Con la excepción de emergencias, solo Americanos Nativos o Nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan ciertos medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertas localidades, requieren manejo extraordinario, coordinación del proveedor, o educación en cuanto a su uso. (Nota: Dicho escenario debe suceder en raras ocasiones.)

Para localizar una farmacia especializada vea su *Directorio de Proveedores* o llame a Servicios al Cliente.

Sección 3.3 Utilizando el servicio de orden por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de orden por correo del plan. Generalmente los medicamentos disponibles a través de orden por correo son medicamentos que usted puede tomar regularmente, para una condición médica crónica o a largo plazo.

El servicio de orden por correo requiere que usted ordene ***hasta un abastecimiento de 90 días de un medicamento.***

Para obtener formas de ordenar e información acerca de llenar sus recetas por correo. Comuníquese con Servicios al Cliente (números de contacto aparecen en la portada de este manual). Si utilice una farmacia de orden por correo que no esté en la red del plan, su receta no estará cubierta.

Usualmente una orden de una farmacia de orden por correo llegara a usted en no más de 14 días. Sin embargo, a veces su orden por correo se puede atrasar; incluya un pago si aplica para evitar alguna tardanza. Favor de no enviar dinero en efectivo. Se aceptan tarjetas de crédito.

Sección 3.4 ¿Cómo puede obtener un abastecimiento a largo plazo de medicamentos?

Cuando usted obtiene un abastecimiento a largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser más bajo. El plan ofrece una forma de obtener un abastecimiento a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la Lista de Medicamentos del plan. Medicamentos de mantenimiento son medicamentos de uso regular, para una condición médica, crónica y a largo plazo

1. **Algunas Farmacias al detal** de nuestra red le permiten obtener un abastecimiento de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias al detal están de acuerdo o aceptan una cantidad de costo compartido más bajo para un abastecimiento a largo plazo. Otras farmacias al detal puede que no estén de acuerdo o acepten una cantidad de costo compartido más bajo por un abastecimiento extendido de medicamentos de mantenimiento. En dicho caso, usted será responsable por la diferencia en precio. Su *Directorio de Proveedores* le explica cuales farmacias en nuestra red le pueden dar un abastecimiento a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Además puede comunicarse con Servicios al Cliente para mayor información.
2. Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de orden por correo de la red. El servicio de orden por correo requiere que usted ordene ***hasta un abastecimiento de 90 días de un medicamento***. Vea la Sección 3.3 para más información acerca de cómo usar nuestro servicio de orden por correo.

Sección 3.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenezca a la red del plan?

Su receta puede tener cubierta en ciertas situaciones

Tenemos farmacias de la red que están fuera de nuestra área de servicio donde usted puede obtener sus recetas como afiliado a nuestro plan. Por lo general, solo cubrimos medicamentos recetados que se obtienen de una farmacia fuera de la red Cuando usted no puede utilizar una farmacia de nuestra red.

Aquí hay circunstancias donde cubriríamos medicamentos recetados de una farmacia fuera de la red:

- El Plan solo cubre medicamentos recetados fuera de la red en situaciones de emergencia evidenciada.

En estas situaciones, **favor de verificar primero con Servicios al Cliente** y verificar si hay una farmacia de la red cerca.

¿Cómo solicitar un reembolso del plan?

Si tiene que usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el pago completo (en vez de pagar su costo compartido normal) Cuando busca su receta. Usted puede pedirnos que reembolsemos su parte del costo. (Capítulo 7, SECCIÓN 2.1 le explica como pedirle al plan que le reembolse por su pago)

SECCIÓN 4 Sus medicamentos necesitan estar en la “Lista de Medicamentos”

Sección 4.1 La “Lista de Medicamentos” le explica cuales son los Medicamentos de la Parte D que tienen cubierta

El plan tiene una “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*.” En esta *Evidencia de Cubierta*, la llamamos “**Lista de Medicamentos**”.

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

Por lo general, cubrimos un medicamento en la Lista de Medicamentos del plan siempre y Cuando usted siga las reglas explicadas en este Capítulo y el medicamento sea médicamente necesario para tratar su enfermedad o lesión. También debe ser un tratamiento aceptado para tratar su condición médica.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Funciona igual que un medicamento de marca, pero cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Que *no* está en una Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no le permite a planes de Medicare cubrir ciertos tipos de medicamentos (para mas acerca de esto, vea la SECCIÓN 8.1 de este Capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir algún medicamento en particular en nuestra Lista de Medicamentos.

Sección 4.2	Hay 5 “niveles de costo compartido” para medicamentos en la Lista de Medicamentos
--------------------	--

Cada medicamento en la Lista de Medicamentos pertenece a uno de 5 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo por el medicamento.

- *Nivel de costo-compartido 1 incluye medicamentos genéricos (nivel más bajo)*
- *Nivel de costo-compartido 2 incluye medicamentos de marca (nivel más alto)*

Para conocer en cual nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, debe buscarlo en la *Lista de Medicamentos* del plan

La cantidad que usted paga por medicamentos en cada nivel de costo compartido aparece en el in Capítulo 6 (*Lo que usted paga por Medicamentos Recetados de la Parte D*).

Sección 4.3	¿Cómo puede saber si un medicamento en específico está en la Lista de Medicamentos?
--------------------	--

Usted tiene tres formas para saberlo:

1. Verifique la Lista de Medicamentos más reciente que le hayamos enviado por correo.
2. Visite la página de Internet del plan (www.ahmpr.com). La Lista de Medicamentos en la página de Internet siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con Servicios al Cliente para saber si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. Los números de contacto para Servicios al Cliente están en la portada.

SECCIÓN 5 Hay restricciones para la cubierta de ciertos medicamentos

Sección 5.1	¿Porque algunos medicamentos tienen restricciones?
--------------------	---

Para ciertos medicamentos recetados, reglas especiales regulan Cuando y como el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos ha desarrollado estas reglas para ayudar a nuestros afiliados a utilizar sus medicamentos de la forma más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar la mayor parte de los costos por medicamentos, lo cual mantiene su cubierta de medicamentos más accesible económicamente.

Por lo general, nuestras reglas lo exhortan a buscar un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro. Cuando un medicamento seguro y de bajo costo funciona

médicamente igual que un medicamento de alto costo, las reglas del plan están diseñadas para exhortarlo a usted y a su médico a utilizar la opción de costo más baja. También debemos cumplir con las reglas y regulaciones de Medicare para cubierta de medicamentos y costo compartido.

Sección 5.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros afiliados a utilizar medicamentos de la forma más efectiva. Las Secciones a continuación le hablan más acerca de los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos tipos de medicamentos.

Utilizar un medicamento genérico

Cuando existe una versión genérica de un medicamento de marca disponible, las farmacias de nuestra red automáticamente le darán la versión genérica, excepto que su médico nos diga que usted tiene que tomar el medicamento de marca y nosotros hemos aprobado su solicitud

Obtener aprobación del plan por adelantado

Requerimos que usted obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que su Médico Primario o especialista tendrá que obtener nuestra aprobación antes de que se le despache su receta. Sin esta aprobación, puede que no cubramos el medicamento.

Tratar un medicamento diferente primero

En algunos casos, le requerimos que usted pruebe un medicamento para tratar una condición médica antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si un medicamento A y Medicamento B ambos fueron recetados para su condición médica, le podemos requerir a su médico que prescriba el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona, entonces cubriremos el Medicamento B.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, nosotros limitamos la cantidad de medicamento que cubriremos en cada receta o por un período definido de tiempo.

Sección 5.3 ¿Algunas de estas restricciones aplica a sus medicamentos?

La Lista de Medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para saber si algunas de estas restricciones aplican a un medicamento que usted toma o desea tomar, verifique la Lista de Medicamentos. Para la información más actualizada, llame a Servicios al Cliente (números de contacto aparecen en la portada) o verifique nuestra página de Internet (www.ahmpr.com).

SECCIÓN 6 ¿Que sucede si sus medicamentos no están cubiertos de la forma que usted desea?

Sección 6.1 Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desea
--

Supongamos que hay un medicamento recetado que usted está tomando actualmente, o alguno que usted y su médico entienden que se debe estar tomando. Esperamos que su cubierta de medicamentos funcione bien para usted, pero es posible que usted tenga algún problema. Por ejemplo:

- **¿Qué sucede si el medicamento que usted toma no está cubierto por el plan?** Por ejemplo, puede que el medicamento no este cubierto en lo absoluto. O quizás la versión genérica del medicamento pero la versión de marca es la que usted se quiere tomar y no está cubierta.
- **¿Qué sucede si el medicamento tiene cubierta, pero hay reglas adicionales o restricciones de cubierta para ese medicamento?** Como se explica en la SECCIÓN 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, pueden haber límites a la cantidad de medicamento (cantidad de tabletas, etc.) que se cubran en un periodo particular de tiempo.
- **¿Qué sucede si el medicamento tiene cubierta, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que usted cree que debe ser? El plan coloca sus medicamentos con cubierta en uno de 2 niveles de costo compartido. Cuanto usted paga por su receta depende de cual nivel de costo compartido este su medicamento.**

Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desea. Sus opciones dependen de qué tipo de problema usted tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si su medicamento está restringido, vaya a la SECCIÓN 6.2 para conocer más sobre lo que usted puede hacer.
- Si su medicamento esta en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que usted cree que debe ser, vaya a la SECCIÓN 6.3 para conocer más sobre lo que usted puede hacer.

Sección 6.2 ¿Que puede hacer si u medicamento no está Lista de Medicamentos o si esta de alguna forma restringido?
--

Si su medicamento no está en Lista de Medicamentos o está restringido, esto es lo que puede hacer:

- Puede recibir un abastecimiento temporero del medicamento (solo afiliados en ciertas situaciones pueden recibir un abastecimiento temporero) hasta que usted y su médico

- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cobra el medicamento o que remueva las restricciones del medicamento cubierto.

Puede recibir un abastecimiento temporero

Bajo ciertas circunstancias, el plan puede ofrecer un abastecimiento temporero del medicamento Cuando su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o Cuando esta de alguna forma restringido. Hacer esto le da tiempo e hablar con su médico acerca del cambio en cubierta y decidir qué es lo que van a hacer.

Para ser elegible para un abastecimiento temporero, debe cumplir con los dos siguientes requerimientos:

1. El cambio a su cubierta de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que usted se ha estado tomando **ya no está en la Lista de Medicamentos del plan.**
- -- o -- El medicamento que usted se ha estado tomando **ahora esta de alguna forma restringido** (la SECCIÓN 5 de este Capítulo le habla de restricciones).

2. Usted deberá estar en una de las situaciones descritas continuación:

- **Para aquellos afiliados que estuvieron en el plan el año pasado y no están en una facilidad de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un abastecimiento temporero del medicamento **una sola vez durante los primeros 90 días de año calendario.** Este abastecimiento temporero será por un máximo de *30 días*, o menos si su receta es por menos días. La receta deberá ser despachada en una farmacia de la red.

- **Para aquellos afiliados que sean nuevos al plan y no están en una facilidad de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un abastecimiento temporero del medicamento **una sola vez durante los primeros 90 días de año calendario.** Este abastecimiento temporero será por un máximo de *30 días*, o menos si su receta es por menos días. La receta deberá ser despachada en una farmacia de la red.

- **Para aquellos afiliados que sean nuevos al plan y estén en una facilidad de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un abastecimiento temporero del medicamento **durante los primeros 90 días** de afiliación al plan. El primer abastecimiento será por un máximo de *31-días de*

abastecimiento, o menos si su receta es por menos días. De ser necesario cubriremos abastecimientos adicionales durante los primeros *90 días* en el plan.

- **Para aquellas personas que han estado afiliadas al plan por más de 90 días, y residen en una facilidad de cuidado a largo plazo y necesitan un abastecimiento lo antes posible:**

Cubriremos un abastecimiento de *31 días*, o menos si su receta es por menos días. Esto es en adición a su abastecimiento de transición de cuidado a largo plazo descrito anteriormente.

Para solicitar un abastecimiento temporero, llame al Servicios al Cliente (números de contacto aparecen en la portada).

Durante el tiempo donde usted esté recibiendo un abastecimiento temporero del medicamento, debe consultar con su médico para decidir lo que hará Cuando su abastecimiento temporero se termine. Quizás haya un medicamento diferente que este cubierto por el plan que pueda funcionar igualmente para usted. O usted y su médico pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma que usted quiera que se cubra. Las SECCIONES le hablan más sobre estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Empiece consultándole a su médico. Quizás haya un medicamento diferente que este cubierto por el plan que pueda funcionar igualmente para usted. Usted puede llamar a Servicios al Cliente y pedirle una lista de medicamentos cubiertos que traten esa misma condición médica. Esta lista puede ayudarle a usted u a su médico a encontrar un medicamento que funcione para usted.

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su médico pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma que usted quiera que se cubra. Si su médico indica que usted tiene razones médicas que justifican el solicitar una excepción, su médico puede solicitar que se haga una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted o su médico desean solicitar una excepción, el Capítulo 7 le explicara lo que debe hacer. Le explica el procedimiento y las fechas límites que ha puesto Medicare para asegurar que su solicitud sea manejada justa y prontamente.

Sección 6.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted encuentra que es muy alto?
--------------------	---

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted piensa que es muy alto, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Empiece consultándole a su médico. Quizás haya un medicamento diferente que esté cubierto por el plan que pueda funcionar igualmente para usted. Usted puede llamar a Servicios al Cliente y pedirle una lista de medicamentos cubiertos que traten esa misma condición médica. Esta lista puede ayudarle a usted u a su médico a encontrar un medicamento que funcione para usted.

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su médico pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por el medicamento. Si su médico indica que usted tiene razones médicas que justifican el solicitar una excepción, su médico puede solicitar que se haga una excepción a la regla.

Si usted o su médico desean solicitar una excepción, el Capítulo 9 le explicará lo que debe hacer. Le explica el procedimiento y las fechas límites que ha puesto Medicare para asegurar que su solicitud sea manejada justa y prontamente.

SECCIÓN 7

¿Qué sucede si la cubierta cambia para alguno de sus medicamentos?

Sección 7.1	La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año
--------------------	--

La mayoría de los cambios en la cubierta de un medicamento ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año el plan puede hacer muchos tipos de cambios a la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Añadir o remover medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Medicamentos nuevos se hacen disponibles, incluyendo genéricos nuevos. Quizás el gobierno ha dado aprobación para utilizar un medicamento nuevo. A veces decidimos no cubrir un medicamento porque ha sido discontinuado. O podemos remover un medicamento de la lista porque se ha encontrado que no es efectivo.
- **Mover un medicamento a un nivel de costo-compartido más alto o más bajo.**
- **Añadir o remover una restricción a un medicamento con cubierta** (para más información acerca de restricciones a cubierta, vea la **SECCIÓN 5** en este Capítulo).

- **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**

En la mayoría de los casos, debemos obtener aprobación de Medicare para cambios que le hacemos a la Lista de Medicamentos.

Sección 7.2	¿Qué sucede si la cubierta cambia para alguno de los medicamentos que usted se está tomando?
--------------------	---

¿Cómo usted descubrirá si la cubierta de su medicamento ha cambiado?

Si hay un cambio de cubierta para un medicamento que usted está tomando, el plan le enviara una notificación. Normalmente, **le notificaremos con al menos 60 días de anticipación.**

Algunas veces un medicamento ha sido **retirado** ya que se ha encontrado que no es seguro o por otras razones. Si esto sucede el plan removerá el medicamento inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Le dejaremos saber sobre este cambio inmediatamente. Su médico también sabrá sobre este cambio, y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.

¿Los cambios a su cubierta de medicamentos lo afectan inmediatamente?

Si alguno de los siguientes tipos de cambios afecta un medicamento que usted esté tomando, el cambio no lo afectara hasta el 1 de enero del próximo año si se queda en el plan:

- Si movemos su medicamento a un nivel de costo-compartido más alto.
- Si le ponemos una restricción al uso de uno de sus medicamentos.
- Si removemos su medicamento de la Lista de Medicamentos, pero no porque lo hayan discontinuado o porque un medicamento genérico lo haya reemplazado

Si alguno de estos cambios sucede para un medicamento que usted se esté tomando, entonces el cambio no afectara su uso o lo que usted paga por el hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, usted probablemente no verá un aumento en sus pagos o alguna restricción añadida a su uso del medicamento. Sin embargo, en el 1 de enero del próximo año, los cambios pueden afectarlo.

En algunos casos, usted estará afectado por los cambios en cubierta antes del 1 de enero:

- Si un **medicamento de marca que usted esté tomando es reemplazado por un medicamento genérico**, el plan debe darle una notificación con al menos 60 días por anticipación o darle un despacho por 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

- Durante este periodo de 60 días, usted debe estar trabajando con su médico para cambiar al genérico u a otro medicamento que nosotros cubrimos.
- O usted y su médico pueden pedirle al plan y continúe cubriendo el medicamento para usted. Para información de cómo pedir una excepción, vea el Capítulo 9 (*Que hacer si tiene un problema o queja*).
- Nuevamente, si un medicamento puede ser **retirado** ya que se ha encontrado que no es seguro o por otras razones. Si esto sucede el plan removerá el medicamento inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Le dejaremos saber sobre este cambio inmediatamente.
 - Su médico también sabrá sobre este cambio, y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.

SECCIÓN 8 ¿Que tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 8.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta SECCIÓN le habla sobre los tipos de medicamentos que están “excluidos.” Excluido significa que el plan no cubre estos tipos de medicamentos porque la ley no permite que ningún plan de Medicare lo cubra.

Si usted obtiene medicamentos que están excluidos, usted debe pagarlos por su cuenta. Nosotros no pagaremos por medicamentos que aparezcan en esta SECCIÓN (amenos que nuestro plan cubra ciertos medicamentos excluidos). La única excepción: Si el medicamento solicitado se encuentra por medio de una apelación que no está excluido bajo la Parte D y nosotros lo debimos de haber pagado o cubierto por su situación específica. (Para más información acerca de como apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, vaya al Capítulo 9 en este manual.)

Hay tres reglas generales acerca de los medicamentos que planes de medicamentos no cubrirán bajo la Parte D:

- La cubierta de Medicamentos Recetados de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto bajo la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubrirá ningún medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan puede cubrir usos no-indicados de un medicamento recetado (utilización de un medicamento para un uso distinto al que indica su etiqueta según aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos), nosotros lo cubrimos solamente cuando el uso no-indicado se haya documentado con datos obtenidos en los libros de referencia. El Congreso de los EE.UU. señala específicamente los libros de referencia que determinan si el uso que se le va a dar al medicamento es permitido. (Estos libros de referencia son:

“Hospital Formulary Service Drug Information”, “DRUGDEX Information System”, y “USPDI” o su sucesor. Si el uso no está permitido por uno de estos libros de referencia (conocidos como el compendio), se entiende que el medicamento no está incluido en la Parte D y no puede estar cubierto por nuestro Plan

Además, por ley, ciertos tipos o categorías de medicamentos usualmente no están cubiertos por los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare a menos que sean ofrecidos por una cubierta amplificada, por la cual a usted se le puede cobrar una prima adicional:

- Medicamentos no recetados (o medicamentos que se venden sin receta)
- Medicamentos para promover la fertilidad
- Medicamentos para aliviar los síntomas del resfriado o la tos
- Medicamentos que se utilizan para propósitos cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas recetadas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos tales como Viagra, Cialis, Levitra, y Caverject, cuando se usan para tratar la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, o para perder/ganar peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando el fabricante exige que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo sean comprados exclusivamente al fabricante, como condición para la venta del producto
- Barbitúricos y Benzodiazepinas

SECCIÓN 9 Muestre la tarjeta de identificación del plan cuando busque una receta

Sección 9.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para que le despachen su receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que usted escoja. Cuando muestre su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan por nuestra parte del costo de su medicamento recetado. Usted necesitará pagarle a la farmacia su parte del costo cuando recoja el medicamento.

Sección 9.2 ¿Que sucede si no tiene su tarjeta de membresía con usted?
--

Si usted no tiene su tarjeta de membresía con usted cuando busque su receta, pídale a la farmacia que llame al plan y obtenga la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **puede que usted tenga que pagar el costo completo de la receta, cuando la recoja.** (Entonces puede **pedirnos que le reembolsemos** por nuestra parte. Vea el Capítulo 7 para más información de cómo solicitarle al plan un reembolso.)

SECCIÓN 10 Cubierta de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 10.1	¿Que sucede si esta en el hospital o una facilidad de cuidado diestro de enfermería por una hospitalización cubierta por el plan?
---------------------	--

Si usted es **ingresado a un hospital** o a una **facilidad de cuidado diestro de enfermería** para una hospitalización cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su hospitalización. Una vez sea dado de alta, nuestro plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando cumplan con las reglas de nuestra cubierta. El capítulo 6 (*Lo que usted paga por medicamentos de la Parte D*) le da más información de cubierta de medicamentos y lo que usted paga.

NOTA: Cuando usted ingresa, vive o se va de una facilidad de cuidado diestro de enfermería, usted tiene derecho a un periodo de afiliación especial. Durante este período de tiempo, usted puede cambiar de planes o cambiar su cubierta en cualquier momento (Capítulo 10, *Terminando su afiliación con el plan*, le explica que puede desafilarse de nuestro plan y afiliarse a otro plan de Medicare.)

Sección 10.2	¿Que sucede si reside en una facilidad de cuidado a largo plazo?
---------------------	---

Usualmente, una facilidad de cuidado a largo plazo (así como un hogar de cuidado) tiene su propia farmacia, o una farmacia que provee medicamentos para todos los residentes. Si usted reside en una facilidad de cuidado a largo plazo puede obtener medicamentos recetados a través de dicha farmacia siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Verifique su *Directorio de Proveedores* para ver si la farmacia de su facilidad de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información llame a Servicios al Cliente.

¿Qué sucede si reside en una facilidad de cuidado a largo plazo se afilia al plan?

Si usted necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que está restringido de alguna forma el plan cubrirá un abastecimiento temporero del medicamento durante los primeros *90 días* de su afiliación. El primer abastecimiento será por un máximo de *31*

días, o menos si su receta es por menos días. De ser necesario se cubrirán despachos adicionales durante los primeros *90 días* en el plan.

Si usted ha estado afiliado al plan por más de *90 días* y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o si el plan tiene restricciones en la cubierta, cubriremos un abastecimiento de *31 días* o menos si su receta es por menos días.

Durante el tiempo donde usted esté recibiendo un abastecimiento temporero del medicamento, debe consultar con su médico para decidir lo que hará. Cuando su abastecimiento temporero se termine. Quizás haya un medicamento diferente que este cubierto por el plan que pueda funcionar igualmente para usted. O usted y su médico pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma que usted quiera que se cubra. Si usted y su médico desean pedir una excepción el Capítulo 9 le explica cómo hacerlo.

Sección 10.3 ¿Qué sucede si recibe cubierta de medicamentos de su patrono o grupo de retirados?

¿Usted tiene otra cubierta de medicamentos a través de su (o de su cónyuge) patrono o grupo de retirados? Si es así debe comunicarse con el administrador de sus beneficios. Puede ayudarlo a determinar cómo su cubierta de medicamentos actual funcionara con nuestro plan.

Por lo general si esta actualmente empleado, la cubierta de medicamentos que tiene con nosotros será secundaria a la de su patrono. Eso significa que su cubierta grupal pagará primero.

Nota especial acerca de ‘cubierta acreditable’:

Cada año su patrono deberá notificarle para noviembre 15 y decirle que su cubierta de medicamentos es acreditable y que tiene opciones para su cubierta de medicamentos.

Si la cubierta de su plan grupal es “**acreditable**,” esto significa que tiene una cubierta de medicamentos que paga, la mayoría del tiempo, al menos tanto como la cubierta estándar de Medicare.

Debe guardar las notificaciones que reciba todos los años con sus archivos personales para presentarlas como evidencia de que usted ha mantenido una cubierta acreditable, si decide afiliarse a un plan de la Parte D. Si no ha recibido esta notificación, puede obtener una copia de su patrono o de su unión; o del administrador de beneficios de su patrono o su grupo de retirados.

SECCIÓN 11 Programas para la seguridad y manejo de medicamentos

Sección 11.1 Programas que ayudan a los afiliados a usar sus medicamentos con prudencia

que están recibiendo cuidado seguro y apropiado. Estas revisiones son importantes en especial para afiliados que tienen más de un proveedor que les receta. Revisamos cada vez que busca una receta. También revisamos nuestros récords con regularidad. Durante estas revisiones buscamos problemas potenciales como:

- Algún error en la medicación.
- Medicamentos duplicados que no son necesarios porque usted ya está tomando otro para tratar la misma condición de salud
- Medicamentos que no son apropiados para su edad o sexo
- Posible interacción perjudicial entre los medicamentos que usted toma
- Alergias a medicamentos
- Errores en la dosis del medicamento

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

Sección 11.2 Programas para ayudar con el manejo de medicamentos
--

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros afiliados con situaciones especiales. Por ejemplo, algunos afiliados tienen condiciones medicas complejas o puede que tengan que tomar muchos medicamentos al mismo tiempo o pueden tener costos muy altos de medicamentos.

Estos programas son voluntarios y gratis para los afiliados. Estos programas han sido desarrollados para nosotros por un equipo de médicos y farmacéuticos. Estos programas nos permiten comprobar si nuestros afiliados están utilizando los medicamentos adecuados para tratar su condición de salud y nos ayudan a identificar posibles errores en la medicación.

Si tenemos un programa que llene sus necesidades, lo afiliaremos al automáticamente y le enviaremos información. Si usted decide no participar, por favor notifíquelo y removeremos su participación del programa.

Capítulo 6. Que usted paga por Medicamentos Recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	87
Sección 1.1	Utilice este Capítulo junto con otros materiales que explican su cubierta de medicamentos.....	87
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de en que “etapa de pago de medicamento” usted se encuentra cuando obtiene el medicamento	88
Sección 2.1	¿Cuál es la etapa de pago?	88
SECCIÓN 3	Le enviamos reportes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa se encuentra	89
Sección 3.1	Le enviamos un reporte mensual que se llama “Explicación de Beneficios”	89
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener la información acerca de los pagos por medicamentos al día.....	89
SECCIÓN 4	Durante la etapa de Cubierta Inicial, el plan paga su parte y usted paga su parte	90
Sección 4.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de donde busca su receta.....	90
Sección 4.2	Una tabla que muestra sus costos por un abastecimiento de 30-días de un medicamento	91
Sección 4.3	Una tabla que muestra los costos para suplido de 34 días para medicamentos de largo plazo.....	92
Sección 4.4	Usted se queda en su estado inicial de cubierta hasta que su costo total de medicamento para el año alcance \$2,840.00.....	93
SECCIÓN 5	Durante el Periodo sin Cubierta usted pagará el costo total de sus medicamentos.....	94
Sección 5.1	Usted estará en el Periodo sin Cubierta hasta que el costo de su bolsillo llegue a \$4,550.00	94

Sección 5.2	Cómo Medicare calcula su costo de bolsillo para medicamentos recetados	94
SECCIÓN 6	Durante el Periodo de Cubierta Catastrófica, el plan paga por la mayoría de los costos de sus medicamentos	96
Sección 6.1	Una en el Periodo de Cubierta Catastrófica, usted se queda en este periodo por el resto del año.....	96
SECTION 7	Lo que usted paga por vacunas depende de cómo y dónde las consiga.....	97
Sección 7.1	Nuestro plan tiene una cubierta aparte para la medicación de vacunas en si para los costos por la aplicación de la inyección de vacuna.....	97
Sección 7.2	Usted tal vez quiera llamar a Servicios al Cliente antes de que reciba una vacuna	99
SECCIÓN 8	¿Usted tiene que pagar la “penalidad por afiliación tardía de la Parte D?	99
Sección 8.1	¿Cual es la Parte D “penalidad por afiliación tardía”?	99
Sección 8.2	¿Cuanto es la penalidad de la afiliación tardía de la Parte D?	99
Sección 8.3	En algunas situaciones, usted puede afiliarse tarde y no tener que pagar la penalidad	100
Sección 8.4	¿Que puede hacer usted si esta en descuerdo con su penalidad por afiliación tardía?.....	101



¿Sabe usted que existen programas para ayudar a las personas a pagar por sus medicamentos?

La “Ayuda Extra” es un programa de ayuda a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Para más información, vea el Capítulo 2, Sección 7.

¿Está usted actualmente recibiendo ayuda para pagar por sus medicamentos?

Si esta usted en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos, **alguna información en esta *Evidencia de Cubierta* podría no aplicarle a usted.** Nosotros hemos incluido información por separado, llamado “Evidencia de Cubierta que Corren para Personas que Reciben Ayuda Extra para Pagar por Medicamentos Recetados”, que le dice sobre su cubierta de medicamento. Si usted no tiene este insertado, favor de llamar a Servicios al Cliente y pregunte por la “Evidencia de Cubierta que Corren para Personas que Reciben Ayuda Extra para Pagar por Medicamentos Recetados”. Números de teléfono para Servicios al Cliente están en la cubierta.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este Capítulo junto con otros materiales que explican su cubierta de medicamentos

Este Capítulo se enfoca en lo que usted paga por medicamentos recetados de la Parte D. Para mantener las cosas simples, utilizamos “medicamento” en este Capítulo para hablar de un medicamento recetado de la Parte D. Según explicado en el Capítulo 5, algunos medicamentos están cubiertos bajo Medicare Original o están excluidos por ley.

Para entender la información de pago que le damos en este Capítulo, necesita saber lo básico de medicamentos cubiertos, donde buscar su receta, y que reglas seguir. Aquí hay materiales que explican lo básico:

- **La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).** Para mantener las cosas simples, la llamamos “Lista de Medicamentos.”
 - La Lista de Medicamentos le dice que medicamentos están cubiertos para usted.
 - Además le dice en cuál de los 5 niveles de “costo-compartido” se encuentra el medicamento y si hay restricciones en su cubierta por el medicamento.
 - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicios al Cliente (números de contacto están en la portada). También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestra página de Internet www.ahmpr.com. La Lista de Medicamentos en la página de Internet siempre es la más actual.
- **Capítulo 5 de este manual.** El Capítulo 5 le da detalles acerca de su cubierta de medicamentos recetados, incluyendo las reglas que debe seguir cuando recibe su cubierta de medicamentos. El Capítulo 5 también le explica los tipos de medicamentos recetados que no se cubren por nuestro plan.
- **El Directorio de Proveedores.** En la mayoría de las situaciones debe usar una farmacia de la red para obtener medicamentos con cubierta (vea el Capítulo 5 para mas detalles). El *Directorio de Proveedores* tiene una lista de farmacias en la red del plan. Además explica cómo puede obtener un abastecimiento a largo plazo de un medicamento (tales como llenar una receta por tres meses).

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de en que “etapa de pago de medicamento” usted se encuentra cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuál es la etapa de pago?

Como demostrado en la tabla a continuación, hay 1 “etapa de pago de medicamento” para su cubierta de medicamentos recetados. Lo que usted paga por un medicamento depende de cuál de estas etapas usted se encuentra al momento de su receta. Mantenga en mente que siempre es responsable por la prima de su plan no importa en qué etapa este.

<p>Etapa 1 <i>Etapa de Cubierta Inicial</i></p>
<p>El plan paga su parte del costo por sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted permanece en esta etapa por el resto del año contrato.</p> <p>(Los detalles están en la Sección 4 de este Capítulo.)</p>

SECCIÓN 3 Le enviamos reportes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un reporte mensual que se llama “Explicación de Beneficios”

Nuestro plan mantiene un record de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted ha hecho cuando busca su receta en una farmacia. De esta forma podemos decirle cuando se ha movido de etapa de pago. En particular, hay dos tipos de costos importantes:

- Mantenemos un record de lo que ha pagado. Esto se llama “**pagos de su bolsillo**”
- Mantenemos un record del “**costo total de medicamentos.**” Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo o que otros pagan a su favor más lo que paga el plan.

Nuestro plan preparara un reporte escrito que se llama *Explicación de Beneficios* (a veces se le conoce como “EOB”) cuando ha tenido más de un receta despachada. El mismo incluye:

- **Información del mes.** Este reporte le da detalles de pago acerca de recetas que ha buscado el mes anterior. Le muestra el total de costos de medicamentos. Lo que pago el plan y lo que usted y otros han pagado a su favor.
- **Totales del año desde enero 1.** A esto se le llama información del año “hasta la fecha”. Le muestra el total de costos de sus medicamentos desde que comenzó el año.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener la información acerca de los pagos por medicamentos al día
--

Para mantener un record de los costos y pagos que usted hace por medicamentos, utilizamos los récords que recibimos de las farmacias. Esto es lo que puede hacer para ayudarnos a mantener esta información correcta y al día:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando vayan a despachar su receta.** Para asegurarse de que sepamos sobre sus recetas y lo que está pagando, muestre la tarjeta de membresía de su plan cada vez que busque una receta.
- **Asegúrese de que tengamos toda la información que necesitamos.** Hay ocasiones en que usted pagará por sus medicamentos y nosotros no recibiremos la información que necesitamos. Para ayudarnos a mantener un record de los costos de pagos de su bolsillo, puede darnos copia de recibos de los medicamentos que ha comprador. (Si usted es facturado por un medicamento con cubierta, puede pedirle al plan que pague su parte del costo. Para instrucciones vaya al Capítulo 7, SECCIÓN 2 de este manual.) Aquí hay algunos tipos de situaciones de cuando puede darnos copia de sus recibos para asegurarse de que tengamos un record completo de lo que ha pagado por sus medicamentos:

- Cuando usted compre un medicamento con cubierta en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento, eso no es parte de los beneficios del plan.
- Cuando hizo un copago por medicamentos que son provistos bajo un programa de manufacturera para ayuda al paciente.
- En cualquier momento que haya comprador sus medicamentos en farmacias fuera de la red o otros momentos que has pagado el precio completo de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.

Verifique el reporte escrito que te enviamos. Cuando usted recibe una *Explicación de Beneficios* en el correo, verifíquelo para asegurarse que la información este completa y correcta. Si usted entiende que falta algo del reporte, o si tiene alguna pregunta, favor de llamar a Servicios al Cliente (números de contacto están en la portada). Asegúrese de mantener estos reportes. Son un record importante de sus gastos.

SECCIÓN 4 Durante la etapa de Cubierta Inicial, el plan paga su parte y usted paga su parte

Sección 4.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de donde busca su receta

Durante la etapa de cubierta inicial, el plan paga su parte del costo por medicamentos, y usted paga su parte. Su parte del costo va a variar dependiendo del medicamento y de donde busca su receta.

El plan tiene 2 niveles de Costo-compartido

Todos los medicamentos en la Lista de Medicamentos esta en uno de 2 niveles de costo-compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo-compartido, más alto el costo del medicamento:

- *Nivel de costo-compartido 1 incluye medicamentos genéricos (nivel más bajo)*
- *Nivel de costo-compartido 2 incluye medicamentos de marca*

Para conocer en qué nivel de costo-compartido están sus medicamentos, busque en la *Lista de Medicamentos*.

Sus opciones de farmacia

Cuanto usted paga por un medicamento depende de si usted obtiene el medicamento de:

- Una farmacia que no está en nuestra red
- La farmacia de orden por correo de la red

Para más información acerca de opciones de farmacia y llenar sus recetas, vea el Capítulo 3 in en este manual y el *Directorio de Proveedores*.

Sección 4.2 Una tabla que muestra sus costos por un abastecimiento de 30-días de un medicamento

Durante la etapa de cubierta inicial, su parte del costo por un medicamento cubierto será un copago o un coaseguro.

- **“Copago”** significa que usted paga un monto fijo cada vez que llene una receta.
- **“coaseguro”** significa que usted paga un por ciento del total del costo cada vez que llene una receta.

Como muestra la tabla a continuación, la cantidad de copago o coaseguro depende del nivel de costo compartido que usted se encuentre.

La parte de su pago Cuando usted obtiene suplido de medicamentos recetados de largo tiempo 30 días de la parte D:

	Farmacias de la Red	Servicio de orden por correo del plan	Farmacia de cuidado a largo plazo de la red	Farmacia fuera de la red (cubierta es limitada a ciertas situaciones; vea el capítulo 5 para mas detalles)
Costo-Compartido Nivel 1 Medicamentos genéricos Código de Cubierta #010 y #011	\$0 copago (suministro de 30 días) \$0 copago (suministro de 90 días)	\$0 copago (suministro de 30 días) \$0 copago (suministro de 90 días)	\$0 copago (suministro de 31 días)	\$0 copago (suministro de 10 días)

	Farmacias de la Red	Servicio de orden por correo del plan	Farmacia de cuidado a largo plazo de la red	Farmacia fuera de la red (cubierta es limitada a ciertas situaciones; vea el capítulo 5 para mas detalles)
Costo-Compartido Nivel 2 Medicamentos de Marca Código de Cubierta #010 y #011	\$0 copago (suministro de 30 días) \$0 copago (suministro de 90 días)	\$0 copago (suministro de 30 días) \$0 copago (suministro de 90 días)	\$0 copago (suministro de 31 días)	\$0 copago (suministro de 10 días)

Sección 4.3 Una tabla que muestra los costos para suplido de 34 días para medicamentos de largo plazo

Para algunos medicamentos, usted puede recibir un suplido de largo plazo (también llamado “suplido extendido”) cuando usted llene su receta. Esto podría ser un suplido de hasta 31-*días*. (Para más detalles sobre dónde y cómo obtener suplido de medicamentos a largo plazo, vea el Capítulo 5.)

La tabla de abajo muestra lo que paga usted cuando recibe suplido de largo plazo de 31-*días*.

La parte de su costo compartido cuando recibe un suplido de largo plazo de 31-*días* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D

	Farmacias de la Red	Servicio de orden por correo del plan

	Farmacias de la Red	Servicio de orden por correo del plan
Costo-Compartido Nivel 1 Medicamentos genéricos Código de Cubierta #010 y #011	\$0 copago (suministro de 31 días)	\$0 copago (suministro de 90 días)
Costo-Compartido Nivel 2 Medicamentos de Marca Código de Cubierta #010 y #011	\$0 copago (suministro de 31 días)	\$0 copago (suministro de 90 días)

Sección 4.4	Usted se queda en su estado inicial de cubierta hasta que su costo total de medicamento para el año alcance \$2,840.00
--------------------	---

Usted se queda en su estado inicial de cubierta hasta que la cantidad total de medicamentos recetados que usted ha recibido y rellenado alcance el **límite de \$2,840 para el estado inicial de cubierta.**

Su costo total de medicamentos está basado en la suma de lo que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que usted ha obtenido desde que usted empezó con su primera compra de medicamentos del año. (vea la Sección 6.2 para más información acerca de como Medicare calcula el costo de su bolsillo) Esto incluye:
 - El total que usted pago como su parte del costo de sus medicamentos durante el periodo inicial de cubierta.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo por sus medicamentos durante el periodo inicial de cubierta.

La *Explicación de Beneficios* que le enviamos a usted le ayudara a llevar record de lo que usted y el plan han gastado por sus medicamentos durante el año. Mucha gente no llega al límite anual de \$2,840.00.

Nosotros le dejaremos saber si usted llego a esta cantidad de \$2,840. Si usted llega a alcanzar esta cantidad, usted dejara el Periodo Inicial de Cubierta y entrara en el Periodo sin Cubierta.

SECCIÓN 5 Durante el Periodo sin Cubierta usted pagará el costo total de sus medicamentos

Sección 5.1 Usted estará en el Periodo sin Cubierta hasta que el costo de su bolsillo llegue a \$4,550.00

Una vez el costo de bolsillo llegue a \$4,550.00, usted cualificara para cubierta catastrófica.

Cuando usted está en el Periodo sin Cubierta, **usted paga el costo total de sus medicamentos.** (El costo total para usted es usualmente más bajo que el precio total del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.) Usted continuara pagando el costo total hasta que el costo de su bolsillo haya alcanzado una cantidad máxima anual que Medicare a establecido. En el 2011, la cantidad es \$4,550.

Medicare tiene reglas sobre que cuenta y no cuenta como su costo de bolsillo. Cuando usted alcanza un límite de costo de bolsillo de \$4,550, usted deja la Cubierta Gap y entra al Periodo de Cubierta Catastrófica.

Sección 5.2 Cómo Medicare calcula su costo de bolsillo para medicamentos recetados
--

Aquí esta las reglas de Medicare que debemos seguir Cuando llevamos cuenta de los costos de su bolsillo para sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en su costo de bolsillo

Cuando usted suma sus costos de bolsillo usted **puede incluir** los pagos listados abajo (siempre y cuando sean medicamentos cubiertos por la Parte D y usted haya seguido las reglas de medicamentos cubiertos que se explican en el Capítulo 7 de este manual):

- La cantidad que usted paga por medicamentos Cuando usted está en cualquiera de los siguientes periodos de pago:
- El Periodo Inicial de Cubierta.
- El Periodo de Cubierta Gap.
- Cualquier pago que usted haga durante este año calendario bajo otro Plan de Medicamentos Recetados antes de entrar a nuestro plan.

Importa quien pague:

- Si hace **usted mismo** los pagos, estos son incluidos en su costo de bolsillo.
- Estos pagos son *también incluidos* si están hechos en su nombre por **otro cierto individuo u organización**. Esto incluye pagos por sus medicamentos hechos por un amigo o familiar o por un Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado que este calificado por Medicare. Pagos hechos por “Ayuda Adicional” de Medicare están incluidos también.

Entrando al Periodo de Cubierta Catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan de su parte) han gastado un total de \$4,550.00 en costos de bolsillo durante el año calendario, usted se moverá del Periodo sin Cubierta al Periodo Cubierta Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en su costo de su bolsillo

Cuando usted suma sus costos de su bolsillo, **no le está permitido** ninguno de estos pagos por medicamentos recetados:

- Medicamentos que usted compre fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red que no cumplan con los requisitos de cubierta fuera de la red.

- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o Parte B.
- Pagos por medicamentos que usted hace bajo nuestra cubierta adicional pero que normalmente no están cubiertos por un Plan de Medicamentos de Medicare.
- Pagos que usted hace por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos hechos por un plan de salud grupal incluyendo los planes de salud de un empleador.
- Pagos por sus medicamentos hechos por planes de seguros y programas de salud con fondos gubernamentales tales como TRICARE, la Administración de veteranos, el Servicio de Salud India, o Programas de Asistencia de Medicamentos para SIDA.
- Pagos por sus medicamentos hechos por una tercera persona con obligaciones legales a pagar por los costos de los medicamentos (por ejemplo, Compensación Laboral).

Recordatorio: Si cualquier otra organización tales como las listadas arriba paga parte o todos los costos de medicamentos pagos de su bolsillo, a usted se le requiere informar a nuestro plan. Llame a Servicio al Cliente para dejarnos saber (los números telefónicos están en la portada de este manual).

¿Cómo puede usted llevar record del total de los pagos de su bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** El reporte *Explicación de Beneficios que nosotros le enviamos a usted incluye la cantidad actual del costo de pagos de su bolsillo* (SECCIÓN 3 arriba habla sobre este reporte). Cuando usted llega al total de \$4,550.00 en costos de gastos de su bolsillo para el año, este reporte le dirá a usted que ya ha dejado el Periodo Sin Cubierta y que se ha movido al Periodo de Cubierta Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La SECCIÓN 3 arriba le dice como puede hacer para ayudar a asegurar que nuestros récords de lo que usted ha gastado están completos y al día.

SECCIÓN 6 Durante el Periodo de Cubierta Catastrófica, el plan paga por la mayoría de los costos de sus medicamentos

Sección 6.1	Una en el Periodo de Cubierta Catastrófica, usted se queda en este periodo por el resto del año
--------------------	--

Usted califica para el Periodo de Cubierta Catastrófica Cuando los costos de los pagos de su bolsillo han llegado a \$4,550.00 que es el límite por el año calendario. Una vez usted está en el Periodo de Cubierta Catastrófica, usted se quedara en este periodo de pago hasta el final del año calendario.

Durante este periodo, el plan pagará por la mayoría de los costos de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será tanto coaseguro o un copago, cualquiera que sea la cantidad *mayor*:
 - *–cualquier–* coaseguro de 5% del costo del medicamento
 - *–o–* \$2.50 copagos por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico. O \$6.30 copagos para todos los otros medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECTION 7 Lo que usted paga por vacunas depende de cómo y dónde las consiga

Sección 7.1	Nuestro plan tiene una cubierta aparte para la medicación de vacunas en sí para los costos por la aplicación de la inyección de vacuna
--------------------	---

Nuestro plan provee cubierta para un número de vacunas. Existen dos partes en nuestra cubierta de vacunas:

- La primera parte de la cubierta es el costo de **la medicación en sí de la vacuna**. La vacuna es una medicación recetada.
- La segunda parte de la cubierta es el costo por la **aplicación de la inyección de vacuna**. (Esto a veces es llamado la “administración” de la vacuna.)

¿Que paga usted por una vacuna?

Lo que usted paga por una vacuna depende de tres cosas:

- 1. El tipo de vacuna** (para lo que lo están vacunando).
 - Algunas vacunas están consideradas medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar una lista de estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* por el plan.
- 2. Donde consiga usted la medicación de la vacuna.**
- 3. Quien le aplique la inyección de la vacuna.**

Lo que usted paga en el momento de recibir la vacuna puede variar dependiendo de las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces Cuando usted recibe la inyección de vacuna, usted tendrá que pagar por el costo total por ambos, tanto la medicación para la vacuna como para la aplicación de la inyección de la vacuna. Usted le puede preguntar a nuestro plan que le reembolse por su parte del costo compartido.
- En otras ocasiones, Cuando usted recibe la medicación de la vacuna o la inyección de la vacuna, usted solo paga su parte del costo compartido.

Para demostrar cómo funciona esto, aquí hay tres maneras comunes de conseguir la inyección de la vacuna. Recuerde que usted es responsable por todos los costos asociados a las vacunas (incluyendo su administración) durante el Periodo Sin Cubierta de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna en la farmacia y usted se vacuna en una farmacia dentro de la red. (Ya sea que usted tenga esta opción depende en donde viva. Algunos estados no permiten administrar vacunas.)

Usted tendrá que pagarle a la farmacia la cantidad de su copago para la vacuna y su administración.

Situación 2: Usted recibe la vacuna en la oficina de su médico.

- Cuando usted recibe la vacuna, usted pagará por el costo total de la vacuna y su administración.
- Usted puede entonces solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo compartido, usando el procedimiento descrito en el Capítulo 5 de este manual (*Pidiéndole al plan que pague su parte de la factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos*).
- Usted será reembolsado por la cantidad que usted pago menos su copago normal por la vacuna (incluyendo la administración)

Situación 3: Usted compra la vacuna en su farmacia, y luego se la lleva a la oficina de su médico donde le administran la inyección de la vacuna.

- Usted le pagará a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administra la inyección de la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Entonces usted puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual.

Sección 7.2	Usted tal vez quiera llamar a Servicios al Cliente antes de que reciba una vacuna
--------------------	--

Las reglas de cubierta de vacunas son complicadas. Nosotros estamos aquí para ayudar. Nosotros recomendamos que usted nos llame primero a Servicios al Cliente siempre que usted este planificando recibir vacunas (números de teléfonos están en la portada de este manual).

- Nosotros le podemos decir como sus vacunas están cubiertas por nuestro plan y explicar su parte de los costos.
- Nosotros podemos decirle como mantener sus propios costos bajos usando los proveedores y farmacias en nuestra red.
- Si a usted no le es posible utilizar un proveedor y farmacia de la red, nosotros le podemos decir lo que necesita hacer para recibir nuestra parte del pago por los costos compartidos.

SECCIÓN 8	¿Usted tiene que pagar la “penalidad por afiliación tardía de la Parte D?”
------------------	---

Sección 8.1	¿Cual es la Parte D “penalidad por afiliación tardía”?
--------------------	---

Usted puede pagar una penalidad financiar si usted no se afilio en un plan que ofrece la Parte D de medicamentos de Medicare Cuando usted primero se hizo elegible para esta cubierta de medicamentos o usted tuvo una experiencia de 63 días consecutivos en el cual usted no tuvo cubierta de medicamentos recetados. La cantidad de la penalidad depende en cuanto tiempo usted espero para afiliarse a una cubierta de medicamentos después de haber sido elegible o cuantos meses después de los 63 días usted estuvo sin cubierta de medicamentos.

La penalidad es añadida a su prima mensual. (Afiliados que escojan pagar por su prima cada tres meses tendrán añadida la penalidad en su prima de tres meses.) Cuando usted primero se afilia con *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)*, nosotros le dejaremos saber la cantidad de la penalidad.

Sección 8.2	¿Cuánto es la penalidad de la afiliación tardía de la Parte D?
--------------------	---

Medicare determina la cantidad de la penalidad. Así es como funciona:

- Primero cuente el numero de meses completos en los que se atraso su afiliación a un plan de medicamentos de Medicare, después de que fue elegible para afiliación. O cuente el número de meses completos en los cuales usted no tuvo cubierta de medicamentos recetados acreditable, si el corte en cubierta fue 63 días o más. La penalidad es el 1% por cada mes que estuvo sin cubierta acreditable. Por ejemplo, digamos que fuero 14 meses sin cubierta, lo cual será 14%.

Hay tres cosas importantes que notar sobre esta penalidad de la prima mensual:

- Primero, **la penalidad podría cambiar cada año**, por que el promedio mensual de la prima mensual puede cambiar cada año. Si el promedio nacional de la prima (como lo haya determinado Medicare) aumenta, su penalidad aumentaría.
- Segundo, **usted continuara pagando una penalidad** cada mes durante el tiempo en el que usted este afiliado en un plan que tiene Medicare Parte D con beneficios de medicamentos.
- Tercero, si usted tiene menos de 65 años y recibe actualmente beneficios de Medicare, la penalidad por afiliación tardía se eliminara Cuando usted cumpla los 65 años. Luego de los 65 años, su penalidad por afiliación tardía será basada solo en los meses en los que usted no tuvo cubierta luego de su periodo de afiliación con Medicare.

Si usted es elegible a Medicare y es menor de 65, cualquier penalidad por afiliación tardía que esté pagando será eliminada Cuando llegue a la edad de 65. Luego de los 65, la penalidad por afiliación tardía está basada solo en los meses en que usted no tiene cubierta luego de sus Periodo Inicial de Afiliación a la edad de 65.

Sección 8.3	En algunas situaciones, usted puede afiliarse tarde y no tener que pagar la penalidad
--------------------	--

Aun si se ha tardado en afiliarse en un plan que ofrezca cubierta Medicare Parte D Cuando usted fue primero elegible, algunas veces usted no tiene que pagar la penalidad por afiliación tardía.

Usted no tendrá que pagar una penalidad de la prima por afiliación tardía si usted está en cualquiera de estas situaciones:

- Usted ya tiene cubierta de medicamentos al menos tan buena como la cubierta de medicamentos estándar de Medicare. Medicare le llama a estos “**cubierta de medicamentos acreditable**.” Cubierta acreditable podría incluir cubierta de medicamentos de un antiguo empleador o unión, TRICARE, o el Departamento de Asuntos del Veterano. Hable con su asegurador o con su departamento de recursos humanos para saber si su cubierta de medicamentos actual es al menos tan buena como la de Medicare.
- Si usted estuvo sin cubierta acreditable, usted puede evitar pagar la penalidad por afiliación tardía si estuvo sin ella por menos de 63 días consecutivos.
- Si usted no recibió suficiente información para saber si su cubierta de medicamentos anterior era o no acreditable.
- Usted vive en un área afectada por el Huracán Katrina en el momento del huracán (agosto 2005) – y – usted firmo por un plan de medicamentos recetados de Medicare antes de diciembre 31 del 2006 – y – usted se ha quedado en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Usted está recibiendo Ayuda Extra de Medicare.

Sección 8.4	¿Que puede hacer usted si esta en desacuerdo con su penalidad por afiliación tardía?
--------------------	---

Si usted está en desacuerdo con su penalidad por afiliación tardía, usted nos puede pedir que revisemos la decisión sobre su penalidad por afiliación tardía. Llame a Servicio al Cliente a los números que están en el frente de este manual para saber más sobre cómo hacer esto.

Capítulo 7. Petición al plan para que pague por su parte de los costos por los servicios y medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situación en la cual usted debe pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos	103
Sección 1.1	Si usted paga nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos, usted puede solicitar pago	103
SECCIÓN 2	Como solicitar que le paguemos de vuelta.....	104
Sección 2.1	Como y a donde enviarnos su petición de pago.....	104
SECCIÓN 3	Nosotros consideraremos su petición de pago y le diremos sí o no	105
Sección 3.1	Nosotros verificamos para ver si debemos cubrir el costo del medicamento y cuanto le debemos	105
SECCIÓN 3.2	Si nosotros le decimos a usted que no le pagaremos por el medicamento, usted puede apelar	105
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las cuales usted debe guardar sus recibos y enviarlos al plan	106
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviar sus recibos al plan para ayudarnos a llevar record de los gastos de su bolsillo por los costos de los medicamentos	106

SECCIÓN 1 Situación en la cual usted debe pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte del costo de sus medicamentos cubiertos, usted puede solicitar pago
--

A veces Cuando usted recibe un servicio médico o medicamento recetado, usted podría necesitar pagar el costo completo de inmediato. En otras ocasiones, usted podría darse cuenta de que usted ha pagado más de lo que usted esperaba bajo las reglas de cubierta del plan. En cualquier caso, usted podría preguntarle a nuestro plan que le pague de vuelta (pagarle de vuelta es llamado regularmente “reembolso”). Solicitar un reembolso en los primeros tres ejemplos de abajo son tipos de decisión de cubierta (para más información sobre decisión de cubierta, valla al Capítulo 9 de este manual).

Aquí hay ejemplos de situaciones en las cuales usted tendría que solicitarle al plan que le pague de vuelta:

1. Cuando usted usa una farmacia fuera de la red para llenar una receta

Si usted va a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de membresía para llenar su receta, la farmacia puede que no pueda someter un reclamo directamente a nosotros. Cuando eso ocurre, usted tendrá que pagar el costo de su receta en su totalidad.

- Guarde sus recibos y envíelos a nosotros Cuando este nos este solicitando que le paguemos de vuelta por nuestra parte del costo.

2. Cuando usted paga el costo total de su receta por no tener consigo la tarjeta de afiliado

Si usted no tiene con usted l su tarjeta de afiliado del plan Cuando fue a llenar su receta a una farmacia de la red, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su receta. La farmacia puede usualmente llamar al plan para obtener su información como afiliado, pero puede que algunas veces tenga que pagar si no tiene su tarjeta.

- Guarde sus recibos y envíenos una copia Cuando nos solicite que le paguemos de vuelta por nuestra parte del costo compartido.

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

Usted podría tener que pagar el costo total de la receta porque se encontró con que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede que no esté en el *Listado de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*; o podría tener un requerimiento o restricción que usted no conocía o piensa que no debería de aplicarle a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que usted tenga que pagar el costo total por el mismo.
- Guarde sus recibos y envíenos una copia Cuando nos solicite le paguemos de vuelta. En algunos casos, nosotros tendríamos que obtener más información de su médico para así poder pagarle de vuelta nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos de arriba son tipos de decisión de cubierta. Esto significa que si nosotros le denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Capítulo 9 de este manual (Que hacer si usted tiene un problema o queja (*decisión de cubierta, Apelaciones, quejas*)) tiene información sobre cómo hacer una Apelación.

SECCIÓN 2 Como solicitar que le paguemos de vuelta

Sección 2.1 Como y a donde enviarnos su petición de pago
--

Envíenos su petición de pago, junto con sus recibos documentando el pago que usted ha hecho. Es una buena idea hacer copia de sus recibos para sus records.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestra forma para reclamos para hacer su petición de pago.

- Usted no tiene que usar el formulario, pero ayuda a nuestro plan a procesar la información más rápido.
- Ya sea bajando una copia del formulario de nuestra página de Internet, www.ahmpr.com o llamando a Servicios al Cliente y pida un formulario. Los números de teléfonos de Servicios al Cliente están en la portada de este manual.

Envíe su petición de pago junto con cualquier recibo a esta dirección:

American Health Medicare

P.O. Box 11320

San Juan, P.R, 00922

Por favor asegúrese de contactar a Servicios al Cliente si usted tiene cualquier pregunta. Si usted no sabe lo que debe, le podemos ayudar. Usted también puede llamar si usted quiere darnos más información sobre su petición de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Nosotros consideraremos su petición de pago y le diremos sí o no

Sección 3.1 Nosotros verificamos para ver si debemos cubrir el costo del medicamento y cuanto le debemos
--

Cuando nosotros recibimos su petición de pago, nosotros le dejaremos saber si necesitamos cualquier otra información adicional de su parte. De otra manera, nosotros consideraremos su petición y decidiremos si pagamos y cuanto le debemos.

- Si nosotros decidimos que el medicamento está cubierto y usted siguió todas las reglas para obtener el medicamento, nosotros le pagaremos por nuestra parte del costo. Nosotros le enviaremos por correo su reembolso de todo menos su parte. (Capítulo 3 explica las reglas que usted necesita seguir para obtener medicamentos bajo la Parte D.)
- Si nosotros decidimos que el medicamento *no* está cubierto, o usted *no* siguió todas las reglas, nosotros no pagaremos nuestra parte del costo. En vez, nosotros le enviaremos una carta explicándole las razones de por qué nosotros no le estamos enviando el pago que usted solicito y su derecho a apelar esa decisión.

SECCIÓN 3.2 Si nosotros le decimos a usted que no le pagaremos por el medicamento, usted puede apelar

Si usted piensa que nos hemos equivocado haciendo la denegación, usted puede apelar. Si usted apela, significa que usted esta solicitándonos que cambiemos nuestra decisión Cuando denegamos su petición de pago. Los ejemplos de situaciones en las cuales usted puede solicitarle a nuestro plan que le pague de vuelta:

- Cuando usted usa una farmacia fuera de la red para llenar una receta
- Cuando usted paga el costo total de su receta por que usted no tiene en el momento su tarjeta de afiliado
- Cuando usted paga el costo total de su receta en otras situaciones

Para detalles de cómo hacer esta Apelación, pase al Capítulo 7 de este manual (*Que hacer si usted tiene un problema o queja (decisión de cubierta, Apelaciones, quejas)*). El proceso de Apelaciones es un proceso legal con procedimientos detallados e importantes fechas. Si hacer una Apelación es nuevo para usted, usted encontrara de ayuda empezando por leer la SECCIÓN 4 del Capítulo 7. La SECCIÓN 4 es una SECCIÓN de introducción que le explica el proceso para decisiones de cubierta y Apelaciones y le da definiciones de términos tales como “Apelación.” Entonces después de que usted lea la SECCIÓN 4, usted puede pasar a la SECCIÓN 5 en el Capítulo 7 para una explicación paso a paso de cómo someter una Apelación.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las cuales usted debe guardar sus recibos y enviarlos al plan

Sección 4.1	En algunos casos, debe enviar sus recibos al plan para ayudarnos a llevar record de los gastos de su bolsillo por los costos de los medicamentos
--------------------	---

Existen algunas situaciones en las que usted debería dejarnos saber sobre pagos que usted ha hecho por sus medicamentos. En estos casos, usted no está solicitándonos pago. En vez, usted nos está diciendo sobre sus pagos para nosotros poder calcular correctamente sus gastos de su bolsillo. Esto le podría ayudar a calificar para el Periodo de Cubierta Catastrófica más rápido.

Aquí hay dos situaciones en las cuales usted debería enviarnos recibos para dejarnos saber sobre pagos que usted ha hecho por sus medicamentos:

1. Cuando usted compra el medicamento por un precio menor que el precio del plan

Algunas veces usted está en el Periodo Sin Cubierta usted puede comprar sus medicamentos **en una farmacia de la red** por un precio que es menor al precio del plan.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecerle un precio especial en el medicamento. O usted podría obtener una tarjeta de descuento fuera de los beneficios del plan que ofrezca un precio menor.
- A menos que apliquen condiciones especiales, usted debe usar una farmacia de la red. Cuando tenga esta situación y su medicamento debe de estar en nuestra Lista de Medicamento.
- Guarde sus recibos y envíenos una copia para nosotros poder tener sus gastos de su bolsillo y que estos cuenten para calificarlo para el Periodo de Cubierta Catastrófica.
- **Por favor fíjese:** Si usted está en el Periodo Sin Cubierta, el plan no pagará por ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero enviándonos los recibos nos permite calcular los costos por los gastos de su bolsillo correctamente y nos ayudaría a calificarlo para un Periodo de Cubierta Catastrófica más rápido.

2. Cuando usted obtiene sus medicamentos a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante

Algunos afiliados están afiliados a un programa de asistencia al paciente que ofrecido por un fabricante de medicamentos que esta fuera de los beneficios del plan. Si usted obtiene cualquier medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, usted es posible que tenga que pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde sus recibos y envíenos una copia para poder tener sus gastos de su bolsillo y cuenten para calificarlo a usted a un Periodo de Cubierta Catastrófica.
- **Por favor fíjese:** Porque usted está obteniendo sus medicamentos a través de un programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, el plan no pagará ninguna parte del costo de estos medicamentos. Pero enviando los recibos nos permite calcular correctamente los gastos de su bolsillo y lo ayudaría a cualificar para un Periodo de Cubierta Catastrófica mucho más rápido.

Ya que usted no está solicitando pago en los dos casos descritos arriba, estas situaciones no son consideradas decisión de cubierta. Sin embargo usted no puede apelar si usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe honrar sus derechos como afiliado al plan	109
Sección 1.1	Nosotros debemos proveerle información de una manera que funcione para usted (en otros idiomas además de Inglés que se hablen en el área de servicio de cubierta del plan, en Braille, en letras grandes, u otro formato alternativo, etc.).....	109
Sección 1.2	Nosotros debemos tratarlo con justicia y respeto en todo momento	109
Sección 1.3	Nosotros debemos asegurarle que usted reciba sus servicios y medicamentos cubiertos en un tiempo razonable	109
Sección 1.4	Nosotros debemos proteger su privacidad de su información personal de salud	110
Sección 1.5	Nosotros le debemos de dar información sobre el plan, sus farmacias de la red, y los medicamentos cubiertos	111
Sección 1.6	Nosotros debemos apoyar su derecho a tomar una decisión sobre su cuidado.....	112
Sección 1.7	Usted tiene el derecho a solicitar una reconsideración de la decisión que nosotros tomamos.....	114
Sección 1.8	¿Que puede hacer usted si piensa que usted está siendo tratado injustamente o sus derechos no están siendo respetados?	114
Sección 1.9	Como obtener más información sobre sus derechos.....	115
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	115
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	115

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe honrar sus derechos como afiliado al plan

Sección 1.1	Nosotros debemos proveerle información de una manera que funcione para usted (en otros idiomas además de Ingles que se hablen en el área de servicio de cubierta del plan, en Braille, en letras grandes, u otro formato alternativo, etc.)
--------------------	--

Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números de teléfonos están en la portada).

Nuestro plan tiene personas y servicios de traducción disponible para contestar preguntas de afiliados que no hablen inglés. Nosotros también podemos darle información en Braille, en letra grande, u otro formato alternativo si lo necesita. Si usted es elegible a Medicare debido a incapacidad, estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan de manera accesible y apropiada para usted.

Si usted tiene cualquier problema en recibir información de nuestro plan problemas relacionados a lenguaje o incapacidad, favor de llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana, y dígales que usted quiere someter una queja. Usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048.

Sección 1.2	Nosotros debemos tratarlo con justicia y respeto en todo momento
--------------------	---

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen a usted de discrimen o trato injusto. **Nosotros no discriminamos** basado en la raza de la persona, incapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, y origen.

Si usted quiere más información o tiene preocupación por discrimen o trato injusto, favor de llamar al Departamento de Salude y Recursos humanos, **Oficina de Derechos Civiles** 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o su oficina local de Derechos Civiles.

Si usted tiene alguna incapacidad y necesita ayuda para recibir cuidado, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números de teléfono están en la portada de este manual). Si usted tiene alguna queja, como un problema con el acceso para una silla de ruedas, Servicios al Cliente le puede ayudar.

Sección 1.3	Nosotros debemos asegurarle que usted reciba sus servicios y medicamentos cubiertos en un tiempo razonable
--------------------	---

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a escoger un médico primario (PCP) en la red de proveedores y coordinar sus servicios cubiertos (El capítulo 3 explica mas sobre esto).

Llame a Servicios al Cliente para conocer que médicos están aceptando nuevos pacientes. Además tiene derecho a ir a un especialista en salud de mujer (como un ginecólogo) sin referido.

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a hacer citas para recibir servicios cubiertos durante un tiempo razonable. Esto incluye recibir servicios de un especialista cuando los necesite. También tiene el derecho a llenar o rellenar sus recetas en cualquiera de las farmacias en nuestra red sin largas esperas.

Si usted piensa que usted no está recibiendo sus medicamentos de la Parte D en un tiempo razonable, el Capítulo 9 de este manual le dice lo que puede hacer

Sección 1.4	Nosotros debemos proteger su privacidad de su información personal de salud
--------------------	--

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus récords médicos y su información personal de salud. Nosotros protegemos su información personal de salud como requieren estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye información personal que usted nos dio Cuando se afilio en este plan como también sus récords médicos y otra información médica e información de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le dan el derecho relacionado con conseguir información y controlar como se utiliza su información de salud. Nosotros le damos a usted notificación por escrito, llamada “Nota de Practica de Privacidad”, que le habla sobre estos derechos y explica como nosotros protegemos la privacidad de su información de salud.

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

- Nosotros nos aseguramos de que gente no autorizada no vea o cambie sus récords.
- En la mayoría de las situaciones, si nosotros le damos su información de salud a alguien que no le esta proveyendo cuidado o pagando por su cuidado, *nosotros estamos en la obligación de obtener su permiso escrito primero*. Permiso escrito puede ser dado por usted o alguien al que usted le ha dado poder legal para tomar una decisión por usted.
- Hay algunas excepciones que no requieren que nosotros obténgalos su permiso escrito primero. Estas excepciones están permitidas o requeridas por ley.
 - Por ejemplo, a nosotros se nos requiere que divulguemos información de salud a las agencias gubernamentales que están velando la calidad del cuidado.
 - Porque usted es un afiliado de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a darle a Medicare su información de salud incluyendo información sobre su Parte D de medicamentos recetados. Si Medicare divulga su información para estudios u otros usos, esto será hecho de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales.

Usted puede ver la información en sus récords y saber Cuando ha sido compartida con nosotros

Usted tiene el derecho a ver sus récords médicos que tenga el plan, y obtener una copia de sus récords. Usted también tiene el derecho a pedirnos que se añada o se corrijan sus récords médicos. Si usted nos pide que hagamos esto, nosotros consideraremos su petición y decidiremos si el cambio debe de hacerse.

Usted tiene el derecho a saber cómo se ha compartido con otros su información de salud con cualquier propósito que no sea rutinario.

Si usted tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números de teléfono está en la portada de este manual).

Sección 1.5	Nosotros le debemos de dar información sobre el plan, sus farmacias de la red, y los medicamentos cubiertos
--------------------	--

Como afiliado de nuestro plan, usted tiene el derecho a recibir de nosotros distintos tipos de información. (Como se explica arriba en la SECCIÓN 1.1, usted tiene el derecho a recibir información de una manera que funcione para usted. Esto incluye obtener la información en idiomas además de Inglés y letra grande u otro formato alternativo.)

Si usted requiere cualquiera de los siguientes tipos de información, favor de llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la portada de este manual):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de Apelaciones hechas por afiliados y el rendimiento de ratings del plan, incluyendo como se ha calificado por otros afiliados del plan y como compara con otros planes de Medicare Advantage.
- **Información sobre nuestros proveedores incluyendo la red de farmacias.**
 - Por ejemplo, usted tiene el derecho a recibir de nosotros información acerca de las cualificaciones de los proveedores y farmacias de la red y como le pagamos a los proveedores.
 - Para una lista de proveedores en la red del plan vea el *Directorio de Proveedores*.
 - Para una lista de farmacias en la red del plan vea el *Directorio de Proveedores*.
 - Para más información detallada sobre nuestros proveedores y farmacias, usted puede llamar a Servicios al Cliente (los números de teléfono están en la portada de este manual) o visítenos en nuestra página de Internet www.ahmpr.com.

- **Información sobre su cubierta y reglas que usted debe seguir para el uso de su cubierta.**
 - En los capítulos 3 y 4 de este manual, explicamos los servicios médicos que están cubiertos para usted, y cualquier restricción a su cubierta, y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios.
 - Para obtener detalles sobre la Parte D de su cubierta de medicamentos recetados, vea el Capítulo 5 y 6 de este manual mas el *Listado de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. Estos Capítulos, junto con la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, le dice que medicamentos están cubiertos y explica las reglas que usted debe de seguir y las restricciones a su cubierta para algunos medicamentos.
 - Si usted tiene preguntas sobre las reglas o restricciones, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números de teléfono están en la portada de este manual).
- **Información sobre porque a veces algo no está cubierto y que puede hacer sobre eso.**
 - Si un servicio o un medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cubierta se restringe por alguna razón, usted debe de pedir una explicación por escrito. Usted tiene el derecho a esta explicación aunque usted haya recibido el servicio de un proveedor o el medicamento de una farmacia fuera de la red
 - Si usted no está contento o no está de acuerdo no la decisión que hayamos tomado sobre qué servicio médico o medicamento de la Parte D esta cubierto para usted, usted tiene el derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Para detalles de qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted piensa que debería estar cubierto, vea el Capítulo 9 de este manual. Le da detalles a usted sobre como pedirle al plan por una decisión sobre su cubierta y como someter una apelación para que cambiemos nuestra decisión. (Capítulo 9 también habla sobre cómo hacer una queja sobre la calidad del cuidado, periodos de espera, y otras inquietudes.)
 - Si usted quiere pedirnos que el plan pague nuestra parte de los costos de los servicios médicos o medicamentos de la Parte D, vea el Capítulo 7 de este manual.

Sección 1.6	Nosotros debemos apoyar su derecho a tomar una decisión sobre su cuidado
--------------------	---

Usted tiene el derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si usted no está capacitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces las personas pierden la capacidad para tomar decisiones por ellos mismos debido a un accidente o enfermedad seria. Usted tiene el derecho a decir que quiere usted que se haga si usted está en esta situación. Esto significa que, si usted quiere, usted puede:

- Llenar una forma escrita para darle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si usted alguna vez pierde la capacidad para tomar decisiones por usted mismo.
- **Dele instrucciones por escrito a su médico** sobre quiere usted que ellos manejen su cuidado médico si alguna vez no está capacitado para tomar decisiones por usted mismo.

El documento legal que usted puede usar para dar sus direcciones por adelantado se llama “**direcciones por adelantado**.” Hay diferentes tipos de direcciones por adelantado y diferentes nombres para ello. Documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder de abogado para cuidado médico**” son ejemplos de direcciones por adelantado.

Si usted quiere usar unas “direcciones por adelantado” para dar sus instrucciones, aquí esta lo que debe de hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si usted quiere tener la oportunidad de tener unas direcciones por adelantado, usted puede obtener el formulario a través de su abogad, de un trabajador social, alguna tienda de efectos de oficina. A veces se puede obtener los formularios de direcciones por adelantado a traves de organizaciones que le dan información de Medicare a las personas. Usted también puede contactar Servicios al Cliente para solicitar el formulario (los números de teléfono están en la portada de este manual).
- **Llénelo y fírmelo.** No importa de donde usted obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Usted debe de considerar el que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Dele copias a las personas apropiadas.** Usted le debe de dar una copia de su formularios su médico y a la persona que usted nombre en el formulario como la que tomara decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Usted podría querer darle copias a amigos cercanos o también a miembros de la familia. Asegúrese de guardar una copia en la casa.

Si usted sabe por adelantado que va ha ser hospitalizado, y ha firmado unas direcciones por adelantado, **llévese una copia con usted al hospital.**

- Si usted es admitido en el hospital, los le preguntaran si usted ha firmado un formulario de direcciones por adelantado y si lo tiene con usted.
- Si usted no ha firmado un formulario de direcciones por adelantado, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntara si quiere firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea firmar o no direcciones por adelantado (incluyendo si quiere firmar una Cuando este en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle cuidado o discriminar en contra suyo basado en si firmo o no direcciones por adelantado.

¿Qué sucede si sus instrucciones no son seguidas?

Si usted ha firmado unas direcciones por adelantado, y usted cree que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones en el mismo, usted puede radicar una queja con *el Departamento de salud del Estado*.

Sección 1.7	Usted tiene el derecho a solicitar una reconsideración de la decisión que nosotros tomamos
--------------------	---

Si usted tiene cualquier problema o inquietud sobre los servicios cubiertos o cuidados, el Capítulo 9 de este manual le dice lo que puede hacer. Les da los detalles sobre cómo lidiar con todo tipo de problemas o quejas.

Como se explica en el Capítulo 9, lo que usted tiene que hacer para darle seguimiento a algún problema o inquietud dependiendo de la situación. Usted podría necesitar pedirle a nuestro plan que tome una decisión sobre su cubierta, someter una Apelación a nosotros para cambiar una decisión de cubierta, o hacer una queja. Lo que sea que haga – pida por una decisión de cubierta, una Apelación, o queja **nosotros estamos obligados a tratarlo justamente**.

Usted tiene el derecho a recibir un resumen de información sobre las Apelaciones y quejas que otros afiliados han radicado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números de teléfono están en la portada de este manual).

Sección 1.8	¿Que puede hacer usted si piensa que usted está siendo tratado injustamente o sus derechos no están siendo respetados?
--------------------	---

Si es sobre discriminación, llames a la Oficina de Derechos Civiles

Si usted cree que está siendo tratado de manera injusta o si sus derechos no han sido respetados debido a su raza, incapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o lugar de origen, usted debería llamar al Departamento de Salud y Servicios humanos, **Oficina de Derechos Civiles** al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su oficina local de Derechos Civiles.

¿Es acerca de algo más?

Si usted cree que usted ha sido tratado de manera injusta o si sus derechos no han sido respetados, y no es sobre discrimen, usted puede recibir ayuda con el problema que este teniendo:

- Usted puede **llamar a Servicios al Cliente** (los números de teléfono están en la portada de este manual).

- Usted puede **llamar al Programa de Asistencia Seguro de Salud del Estado**. Para detalles sobre esta organización y como contactarlo vaya al Capítulo 2, SECCIÓN 3.

Sección 1.9 Como obtener más información sobre sus derechos

Hay diferentes sitios donde usted puede conseguir más información sobre sus derechos:

- Usted puede **llamar a Servicios al Cliente** (los números de teléfono están en la portada de este manual).
- Usted puede **llamar al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado**. Par detalles sobre esta organización y como contactarlo, vaya al Capítulo 2, SECCIÓN 3.
- Usted puede contactar a **Medicare**.
 - Usted puede visitar la página de Internet de Medicare (<http://www.Medicare.gov>) para leer o bajar la publicación “Sus Derechos y Protecciones de Medicare.”
 - O usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Las cosas que necesita hacer como afiliado del plan están listados en la parte de abajo. Si usted tiene cualquier pregunta, favor de llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfonos están en la portada de este manual). Nosotros estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con su cubierta de servicios y las reglas que usted debe de seguir para recibir estos servicios cubiertos.** Use este manual de Evidencia de Cubierta para saber que le cubre a usted y las reglas usted necesita seguir para tener sus servicios cubiertos.
 - Capítulo 3 y 4 le da detalles sobre su cubierta de servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no y lo que usted paga.
 - Capítulo 5 y 6 le da detalles sobre su cubierta de la Parte D de medicamentos recetados.
- **Si usted tiene otra cubierta de salud o de medicamentos recetados además de nuestro plan, a usted se le requiere que nos notifique a nosotros.** Favor de llamar a Servicios al Cliente para dejarnos saber
 - Nosotros estamos obligados a seguir las reglas impuestas por Medicare, para asegurarnos que usted está usando todas sus cubiertas en combinación Cuando usted obtiene la cubierta de medicamentos de nuestro plan. A esto se le da el

nombre de “**coordinación de beneficios**” porque esto envuelve la coordinación de los beneficios de medicamentos que recibe usted de nuestro plan, con cualquier otro beneficio de medicamentos disponible a usted. Nosotros le ayudaremos con eso.

- **Dígale a su médico y farmacéutico que usted está afiliado en nuestro plan.** *Enseñe la tarjeta de membresía del plan cada vez que vaya por servicios médicos o sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Ayúdele a su médico y otros proveedores a ayudarle a usted dándoles información, hacienda preguntas, y siguiendo su cuidado**
 - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a darle a usted un mejor cuidado, aprenda tanto como se le sea posible sobre sus problemas de salud y proveerles a ellos la información que ellos necesitan acerca de usted y sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Si usted tiene cualquier pregunta, asegúrese de preguntar. Sus médicos y otros proveedores de la salud están supuestos a explicar cosas en una manera en la cual usted lo pueda entender. Si usted hace preguntas y usted no entiende las contestaciones que le han dado, pregunte otra vez.
- **Sea considerado.** *Esperamos que todos nuestros afiliados respeten los derechos de otros pacientes. Además esperamos que actúe de manera que su visita al médico, al hospital y/o a otras oficinas corra suavemente.*
- **Pague lo que debe.** *Como miembro del plan, usted es responsable por estos pagos:*
 - Alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos por el plan, usted deberá pagar su parte del costo Cuando usted vaya por el servicio o medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija) en el Capítulo 4 le dice lo que debe pagar por los servicios médicos. El Capítulo 6 le dice lo que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D
 - Si usted obtiene servicios médicos o medicamentos que no está cubierto por nuestro plan o por otra aseguradora que posiblemente usted tenga, usted deberá pagar el costo total.
- **Déjenos saber si se muda.** *Si usted se va a mudar, es importante que nos deje saber rápidamente. Llame a Servicios al Cliente (los números de teléfono están en la portada de este manual).*
 - **Si usted se muda fuera de nuestra área de servicios del plan, usted,] no podrá continuar siendo un afiliado de nuestro plan.** (Capítulo 1 le dice sobre nuestra área de servicio.) Nosotros le podemos ayudar a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si usted está dejando nuestra área de servicio, nosotros le podemos dejar saber si tenemos un plan en su nueva área.

- **Si usted se muda *dentro* de nuestra área de servicio, nosotros aun necesitamos saber** para así conservar su record de afiliado al día y saber cómo contactarlo.

- **Llame a servicio al afiliado para ayuda si usted tiene preguntas o preocupaciones.** *Nosotros también le damos la bienvenida a cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.*
 - Los números de teléfono y horario de llamada para Servicios al Cliente están en la portada de este manual.
 - Para más información en cómo llegar a nosotros, incluyendo nuestra dirección de correo, favor de ver Capítulo 2.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o queja (decisión de cubierta, apelaciones, quejas)

TRASFONDO

SECCIÓN 1	Introducción	121
Sección 1.1	Que hacer si usted tiene un problema o preocupación.....	121
Sección 1.2	Sobre los Términos legales	121
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tengan conexión con nosotros.....	122
Sección 2.1	Donde obtener más información y asistencia personalizada	122
SECCIÓN 3	¿Para lidiar con su problema, que proceso debe usar usted?	123
Sección 3.1	¿Debe usted usar el proceso para decisión de cubierta y Apelaciones O debería usted usar el proceso para someter quejas?.....	123
SECCIÓN 4	Una guía básica de la decisión de cubierta y Apelaciones	124
Sección 4.1	Solicitando una decisión de cubierta y Apelaciones: una perspectiva amplia.....	124
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando este usted pidiendo una decisión de cubierta o una Apelación	125
Sección 4.3	¿Que Sección de este capítulo le da detalles para <u>su</u> situación?.....	126
SECCIÓN 5	Su cuidado médico: Como pedir una decisión de cubierta o hacer una Apelación	127
Sección 5.1	Esta SECCIÓN le dice lo que debe de hacer si usted tiene problemas obteniendo cuidado médico o usted quiere que le pagemos de vuelta por un servicio recibido	127
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Como pedir una decisión de cubierta o de hacer una Apelación	129

Sección 6.1	Esta SECCIÓN le dice lo que debe de hacer si usted tiene problemas obteniendo un medicamento de la Parte D o usted quiere que le paguemos de vuelta por un medicamento de la Parte D	129
Sección 6.2	¿Que es una excepción?	132
SECCIÓN 6.3	Cosas importantes que debe saber sobre solicitud de excepción	133
Sección 6.4	Paso a paso: Como pedir una decisión de cubierta, incluyendo excepción	134
Sección 6.5	Paso a paso: Como someter una Apelación de Nivel 1 (como pedir una revisión de una decisión de cubierta hecha por nuestro plan)	137
Sección 6.6	Paso a paso: Como someter una Apelación del Nivel 2	139
SECCIÓN 7	¿Cómo preguntar a nosotros para cubrir una estadía de mayor duración en el hospital si usted entiende que el médico le esta dando de alta muy pronto?.....	142
Sección 7.1	Durante su estadía en el hospital, usted recibirá de parte de Medicare una notificación escrita que le habla sobre sus derechos	142
Sección 7.2	Paso-a-paso: Como someter una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha en la que será dado de alta del hospital	143
Sección 7.3	Paso-a-paso: Como someter una apelación del Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital.....	146
Sección 7.4	Que si usted deja perder la fecha limite para someter su apelación del Nivel 1?.....	148
SECCIÓN 8	Como solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cubierta esta terminando muy rápido.....	151
Sección 8.1	<i>Esta Sección es sobre <u>solo tres servicios</u>: Cuidado de Salud en el Hogar, facilidad de enfermería diestra, y servicios en Facilidad de Rehabilitación Ambulatoria (CORF).....</i>	151
Sección 8.2	Nosotros le dejaremos saber por adelantado cuando su cubierta terminará.	152

Sección 8.3	Paso-a-paso: Como someter una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cobra sus cuidados por un tiempo mas largo	153
Sección 8.4	Paso-a-paso: Como someter una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra mas tiempo sus cuidados	155
Sección 8.5	¿Que si usted deja pasar las fechas limites para someter una apelación del Nivel 1?	157
SECCIÓN 9	Tomando su Apelación al Nivel 3 y más allá	160
Sección 9.1	Niveles de Apelación 3, 4, y 5 para Apelaciones	160
Sección 9.2	Niveles de Apelación 3, 4, y 5 para Apelaciones para la Parte D de medicamentos	161
SECCIÓN 10	Como someter una queja sobre la calidad del cuidado, tiempos de espera, servicio al cliente, u otra preocupación.....	162
Sección 10.1	¿Qué tipo de problemas son manejados por el proceso de quejas?	162
Sección 10.2	El nombre formal para “someter una queja” es “someter una querella”	166
Sección 10.3	Paso a paso: Sometiendo una queja	166
Sección 10.4	Usted también puede quejarse sobre la calidad de cuidado con la Organización de Mejoras a la Calidad	168

TRASFONDO

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Que hacer si usted tiene un problema o preocupación
--------------------	--

Este Capítulo explica los dos tipos de procesos formales para lidiar con los problemas:

- Para algunos tipos de problemas, usted necesita usar los **procesos para decisión de cubierta y para Apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas usted tendrá que usar los **procesos para someter quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar ser justo y el manejo rápido de sus problemas, cada proceso tiene un grupo de reglas, procedimientos, y fechas límite que debemos seguir tanto nosotros como usted.

¿Cuales usa usted? Eso depende del tipo de problema que usted este teniendo. La guía en la SECCIÓN 3 le podrá ayudar a identificar los procesos correctos que se deben usar.

Sección 1.2	Sobre los Términos legales
--------------------	-----------------------------------

Existen Términos técnicos legales para alguna de las reglas, procedimientos, y tipos de fechas límite explicados en este Capítulo. Muchos de estos Términos no le son familiares para la mayoría de las personas y puede ser difícil entender.

Para mantener las cosas simples, este Capítulo explica las reglas legales y procesamientos usando palabras más comunes en vez de ciertos Términos legales. Por ejemplo, este Capítulo generalmente dice “sometiendo una queja” en vez de “sometiendo una querella,” “decisión de cubierta” en vez de “determinación de cubierta,” y “Organización Independiente de Evaluación” en vez de “Entidad Independiente de Evaluación.” También usa abreviaturas lo menos posible.

De todas maneras, podría ser de ayuda –y a veces muy importante – el que usted sepa el término legal correcto para la situación en la que usted se encuentra. Sabiendo que términos usar esto le ayudara a comunicarse más clara y certeramente Cuando este lidiando con sus problemas y recibir la ayuda correcta o información para su situación. Para ayudarle a saber qué términos usar, nosotros incluimos Términos legales Cuando le damos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no tengan conexión con nosotros

Sección 2.1 Donde obtener más información y asistencia personalizada
--

A veces puede ser confuso empezar y seguir el proceso para lidiar con un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene energía limitada. En otras ocasiones, usted no tendrá el conocimiento necesario para dar el próximo paso. Tal vez ambos sean ciertos para usted.

Recibir ayuda de una organización gubernamental independiente

Nosotros estamos siempre disponibles para ayudarlo. Pero en algunas situaciones usted también quisiera ayuda o guía de alguien que no tenga conexión con nosotros. Usted siempre puede contactar su **Programa de Asistencia del Seguro de Salud del Estado**. Este programa de gobierno a adiestrado consejeros en cada estado. El programa no está en conexión con nuestro plan con ninguna compañía aseguradora de salud. Los consejeros de este programa le pueden hacer entender que procesos usted debe usar para manejar el problema que este teniendo. Ellos también pueden contestar preguntas, darle más información, y ofrecer conserjería en lo que debe hacer.

Sus servicios son gratis. Usted podrá encontrar números telefónicos en el Capítulo 2, SECCIÓN 3 de este manual.

Usted también puede recibir ayuda e información de Medicare

Para más información y ayuda en el manejo del problema, usted también puede contactar Medicare. Aquí hay dos maneras para recibir información directa de Medicare:

- Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben de llamar al 1-877-486-2048.
- Usted puede visitar la página de Internet (<http://www.Medicare.gov>).

SECCIÓN 3 ¿Para lidiar con su problema, que proceso debe usar usted?

Sección 3.1	¿Debe usted usar el proceso para decisión de cubierta y Apelaciones O debería usted usar el proceso para someter quejas?
--------------------	---

Si tiene usted un problema o inquietud y quiere usted hacer algo al respecto, usted no tiene que leer este Capítulo por completo. Usted solo necesita encontrar y leer las partes de este Capítulo que aplican a su situación. La guía que sigue le ayudara.

Para saber en qué parte de este capítulo le hablamos sobre su problema o duda, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema o duda es con relación a su cubierta y beneficios?

(Esto incluye problemas acerca de cuidado médico o medicamentos recetados y si los mismos tienen cubierta o no, la forma en que tengan cubierta y problemas relacionados al pago de cuidado médico o de medicamentos recetados.)

Sí

No

Pase a la próxima Sección de este capítulo, la **Sección 4: “Una guía básica sobre decisiones de cubierta y hacer apelaciones.”**

Pase a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo someter una queja sobre calidad de cuidado, tiempos de espera, servicio al cliente o alguna otra preocupación.”**

DECISIÓN DE CUBIERTA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía básica de la decisión de cubierta y Apelaciones

Sección 4.1 Solicitando una decisión de cubierta y Apelaciones: una perspectiva amplia
--

El proceso de decisión de cubierta y el de Apelaciones o problemas relacionados a sus beneficios y cubiertas para medicamentos recetados, incluyendo problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como el de si un servicio o medicamento está cubierto o no y el modo en el cual está cubierto el medicamento.

Solicitando decisiones de cubierta

Una decisión de cubierta es una decisión que nosotros tomamos sobre sus beneficios y cubierta o sobre la cantidad que nosotros pagaremos por sus servicios médicos o medicamento recetados. Nosotros tomamos una decisión de cubierta por usted cada vez que usted va al médico para cuidado médico. Por ejemplo si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cubierta.

Nosotros estamos tomando una decisión de cubierta para usted cada vez que nosotros decidamos lo que está cubierto para usted y cuanto le pagamos. En algunos casos nosotros podríamos decidir que el medicamento no está cubierto o que de ahora en adelante su medicamento no será cubierto por Medicare. Si usted está en desacuerdo con esta decisión de cubierta, usted, usted puede someter una apelación

Haciendo una apelación

Si nosotros tomamos una decisión de cubierta y usted no está satisfecho con esta decisión, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cubierta que hemos hecho.

Cuando usted solicita una apelación nosotros revisamos la decisión de cubierta que hemos hecho para verificar que hayamos sido justos y seguimos todas las reglas como es debido. Cuando nosotros hemos completado la revisión nosotros le damos nuestra decisión.

Si le decimos no a todo o parte de su Nivel 1 de Apelación, su caso automáticamente pasara al Nivel 2 de Apelación. El Nivel 2 de Apelación es conducida por una organización independiente que no está en conexión con nuestro plan. Si usted no está satisfecho con la decisión del Nivel 2 de Apelación, usted podría estar dispuesto a continuar con varios más niveles de apelación.

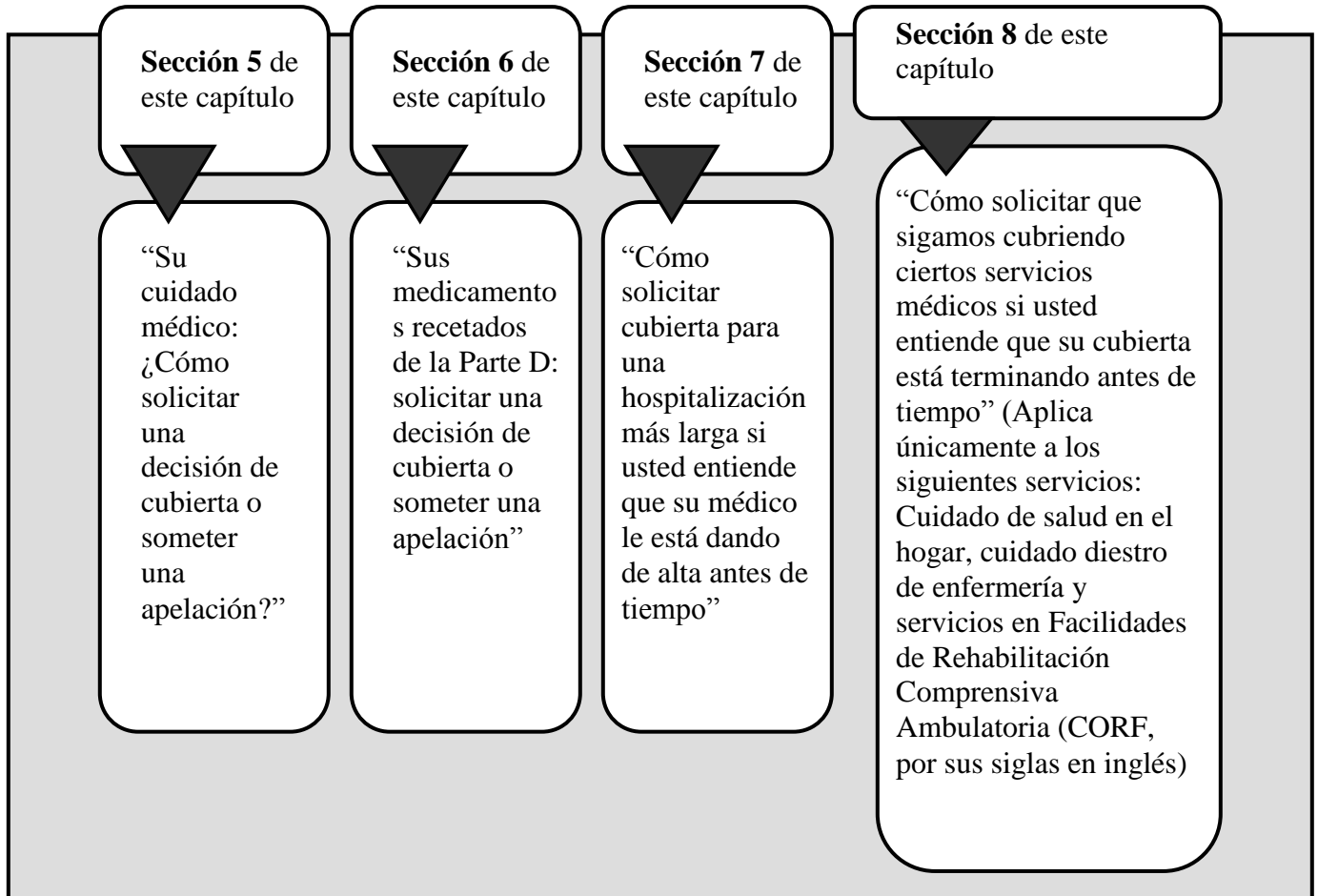
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando este usted pidiendo una decisión de cubierta o una Apelación
--------------------	---

¿Quisiera usted algo de ayuda? Aquí hay recursos que tal vez usted quisiera utilizar si usted decide pedir algún tipo de decisión de cubierta o apelar una decisión:

- Usted **puede llamarnos a Servicios al Cliente** (los números de teléfono están en la portada).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté en conexión con nuestro plan, contacte su Programa de Asistencia de Seguro de Salud de Estado (vea la Sección 2 de este Capítulo).
- **Usted podría considerar que su médico u otro recetador envueltos de ser posible, especialmente si usted quiere una decisión “rápida” o “expedita”.** En la mayoría de las situaciones en la que se envuelven decisión de cubierta o Apelación, su médico u otro recetador le debe de explicar las razones médicas que le dan peso a su solicitud. Su médico u otro recetador no puede solicitar cada Apelación. Él/ella le puede solicitar al plan una decisión de cubierta y una Apelación en el Nivel 1. Para solicitar cualquier apelación luego del Nivel 1, su médico u otro recetador debe de estar señalado como su “representante” (vea abajo sobre “representantes”).
- **Usted puede pedir que alguien actúe de su parte.** Si usted quiere, usted puede nombrar a alguien a actuar por usted como su “representante” para solicitar una decisión de cubierta o una Apelación.
 - Tal vez ya haya una persona que legalmente autorizada para actuar como su representante bajo la ley del estado.
 - Si usted quiere que un amigo, familiar, su médico u otro recetador, u otra persona sea su representante, llame a Servicio l Afiliado y pregunte por el formulario para darle a una persona permiso para actuar de su parte. El formulario debería estar firmado por usted y por la persona que usted quisiera que actuara de su parte. Usted le debe dar a nuestro plan una copia firmada del formulario.
- **Usted también tiene el derecho a contratar un abogado para que actúe de su parte.** Usted podría contactar a su propio abogado, u obtener el nombre de un abogado de la asociación de abogados colegiados del estado u otro servicio de referido. Aquí también hay grupos que le darán servicios legales gratuitos si cualifica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cubierta o decisión de Apelación.

Sección 4.3 **¿Que Sección de este capítulo le da detalles para su situación?**

Hay cuatro tipos de situaciones que envuelven decisiones de cubierta y apelaciones. Ya que cada situación tiene diferentes reglas y fechas límites, le damos los detalles de cada una en una Sección separada:



Si aún no está seguro cual Sección debería estar usando, favor de llamar a Servicios al Cliente (los números están en la portada). También puede obtener ayuda o información de organizaciones del gobierno tales como su Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado (el Capítulo 2, Sección 3 de este manual le provee los números para este programa.)

SECCIÓN 5 Su cuidado médico: Como pedir una decisión de cubierta o hacer una Apelación



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Una guía a “lo básico” de decisiones de cubierta y apelaciones*)? Si no es así, quizás quiera leerla antes de comenzar esta Sección.

Sección 5.1	Esta SECCIÓN le dice lo que debe de hacer si usted tiene problemas obteniendo cuidado médico o usted quiere que le paguemos de vuelta por un servicio recibido
--------------------	---

Esta Sección es sobre sus beneficios de cuidado médico y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de de este manual: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga). Para mantener esto simple, generalmente nos referimos a “cubierta de cuidado médico” o “cuidado médico” en esta Sección, en vez de repetir “cuidado médico o tratamiento o servicios” cada vez.

Esta Sección le habla sobre lo que usted puede hacer si esta en alguna de las siguientes 5 situaciones:

1. No está obteniendo cierto cuidado médico que usted desea, y usted entiende que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprobara cuidado médico que su médico o proveedor quiere darle, y usted entiende que este cuidado está cubierto por nuestro plan.
3. Usted ha recibido servicios o cuidado médico que entiende deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos por este cuidado.
4. Usted ha recibido y pagado por servicios y cuidado médico que usted entiende debe estar cubierto por el plan, y desea pedirle al plan que lo reembolse por este cuidado.
5. Se le ha dicho que cubierta por ciertos tipos de cuidado médico que ha estado recibiendo serán reducidos o se van a detener, y usted entiende que reducir o detener su cuidado puede lastimar su salud.
 - **NOTA: Si la cubierta que se va a detener es para cuidado hospitalario, cuidado de salud en el hogar, servicios en facilidad de cuidado diestro de enfermería, o Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés), necesita leer una Sección separada de este capítulo ya que aplican reglas especiales a este tipo de cuidado. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:**
 - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo pedir una hospitalización más larga si usted entiende que le están dando de alta antes de tiempo.*

- Capítulo 9, Sección 8: *Cómo pedirle al plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si entiende que su cubierta está terminando antes de tiempo.* Esta Sección es acerca de tres servicios solamente: cuidado de salud en el hogar, servicios en facilidad de cuidado diestro de enfermería, o Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés.)
- Para las demás situaciones que envuelvan que se detenga un cuidado médico que esté recibiendo, utilice esta Sección (Sección 5) como una guía de que hacer.

¿En cuál de estas situaciones usted se encuentra?

¿Usted desea saber si nuestro plan cubrirá el cuidado médico o servicios que usted quiere?

Necesita solicitarle al plan que tome una decisión de cubierta para usted.

Pase a la próxima Sección de este capítulo, la **Sección 5.2**

¿Nuestro plan ya le notificó que no le cubriremos o pagaremos por servicios médicos en la forma que usted desea que se cubran o se paguen?

Puede someter una apelación.

(Esto significa que nos está pidiendo una reconsideración)

Pase a la **Sección 5.3** de este capítulo.

¿Usted desea solicitarle al plan que le haga un reembolso por cuidado médico o por servicios que ya usted recibió o por los que ya pagó?

Puede enviarnos la factura. Pase a la **Sección 5.5** de este capítulo.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Como pedir una decisión de cubierta o de hacer una Apelación



¿Ha leído usted la SECCIÓN 4 de este Capítulo (*Una guía “básica” de la decisión de cubierta y Apelaciones*)? Si no, usted tal vez quisiera leerlo antes de empezar esta SECCIÓN.

Sección 6.1	Esta SECCIÓN le dice lo que debe de hacer si usted tiene problemas obteniendo un medicamento de la Parte D o usted quiere que le paguemos de vuelta por un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios como afiliados de nuestro plan incluyen cubierta de muchos medicamentos recetados ambulatoriamente. Medicare llama a estos medicamentos recetados ambulatoriamente “medicamentos de la Parte D.” Usted puede obtener estos medicamentos siempre y cuando estos estén incluidos en nuestro plan *Listado de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y ellos son medicamento necesarios para usted, como se haya determinado por su médico primario u otro proveedor.

- **Esta SECCIÓN es solo sobre la Parte D.** Para mantener las cosas simples, nosotros generalmente decimos “medicamentos”, en vez de repetir “cubierta de medicamentos recetados ambulatoriamente” o “medicamentos de la Parte D” en cada ocasión en el resto de la SECCIÓN.
- Para detalles sobre lo que queremos decir por medicamentos de la Parte D, el *Listado de Medicamentos Cubiertos*, reglas y restricciones en cubiertas, e información de costos, vea el Capítulo 5 (*Usando la cubierta de nuestro plan para los medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Que paga usted por los medicamentos de la Parte D*)

Decisión de cubierta y Apelaciones de la Parte D

Como se discutió en la SECCIÓN 4 de este Capítulo, una decisión de cubierta es una decisión que nosotros tomamos sobre sus beneficios y cubierta o sobre la cantidad que le pagaremos por sus medicamentos.

Términos Legales	Una decisión de cubierta es regularmente llamada “ determinación inicial ” o “decisión inicial.” Cuando la cubierta es sobre los medicamentos de la Parte D, la determinación inicial es llamada “ determinación de cubierta. ”
-------------------------	---

Aquí hay ejemplos de decisión de cubierta que nos solicito que hiciera sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicito que hiciéramos una excepción, incluyendo:
 - Pidiéndonos que cubriéramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* por el plan.
 - Pidiéndonos que pasáramos por alto la restricción de cubierta de medicamento del plan (como los límites en la cantidad de medicamentos que puede recibir)
 - Pidiéndonos pagar una cantidad menor a la del gasto compartido por un medicamento cubierto no preferido
- Usted nos solicita si un medicamento esta para usted cubierto y si usted satisface cualquier reglamento de cubierta que aplique. (Por ejemplo, Cuando su medicamento está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* pero nosotros requerimos que usted obtenga aprobación de nosotros primero, antes de que se la podamos cubrir.)
- Usted nos pide que paguemos por un medicamento recetado que usted ya compro. Esto es una solicitud de decisión de cubierta sobre pago.

Si usted está en desacuerdo con la decisión de cubierta que hemos tomado, usted puede apelar nuestra decisión.

Esta SECCIÓN le dice sobre ambas maneras para solicitar una decisión de cubierta y de cómo solicitar una Apelación. Use esta guía para ayudarle a determinar que parte tiene información de su situación:

¿En cuál de estas situaciones usted se encuentra?

Solicitar una Decisión de Cubierta

¿Desea solicitarnos que hagamos una excepción a las reglas o restricciones de nuestros planes para la cubierta de algún medicamento?

Puede solicitar una excepción (Esto es un tipo de decisión de cubierta)

Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo

¿Desea solicitarnos cubierta para un medicamento?

(Por ejemplo, si cubrimos el medicamento, pero requerimos que obtenga aprobación nuestra primero)

Puede solicitar una decisión de cubierta.

Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo.

¿Desea solicitar un reembolso por un medicamento que ya recibió y por el cual pagó?

Puede pedirnos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cubierta)

Pase a la **Sección 6.4** de este capítulo.

Someter una Apelación

¿Nuestro plan ya le notificó que no le cubriremos o pagaremos por un medicamento en la forma que usted desea que se cubra o se pague?

Puede someter una apelación.

(Esto significa que nos está pidiendo una reconsideración)

Pase a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Que es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera en la que a usted le gustaría que estuviese cubierto, usted puede pedirle al plan que haga una “excepción.” Una excepción es un tipo de decisión de cubierta, si nosotros rechazamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted pide una excepción, su médico u otro recetador necesitarán explicar las razones médicas por las cuales usted necesita que esta excepción sea aprobada. Nosotros entonces consideraremos su solicitud. Aquí están *tres* ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro recetador nos pueden pedir que hagamos:

1. Cubrir para usted un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del Plan* (Nosotros le llamamos el “Listado de Medicamentos”.)

Términos Legales	Solicitando cubierta para un medicamento que no está en el Listado de Medicamentos es a veces llamado solicitando por una “ excepción al formulario. ”
-------------------------	---

- Si nosotros acordamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en el Listado de Medicamentos, usted necesitara pagar por la cantidad del costo compartido que aplique para todos nuestros medicamentos. Usted no puede pedir una excepción a la cantidad del copago o coaseguro que se le requiere a usted que pague.
- Usted no puede pedir cubierta para ninguno de los “medicamentos excluidos” u otro medicamento que no sea de la Parte D que Medicare no cubre. (Para más información sobre medicamentos excluidos, vea el Capítulo 5.)

2. Removiendo una restricción del la cubierta del plan para un medicamento cubierto. Hay reglas extra o restricciones que aplican a cierto tipo de medicamentos de la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan (para más información, vaya al Capítulo 3).

Términos Legales	Pedir la remoción de una restricción en la cubierta para un medicamento es a veces llamado “ excepción al formulario. ”
-------------------------	--

- Las reglas extra y restricciones en cubierta para ciertos tipos de medicamentos:
 - *Siendo requerido a usar versiones genéricas* de un medicamento en vez del medicamento de marca reconocida.

- *Obteniendo la aprobación del plan por adelantado* antes de que nosotros acordemos a cubrir el medicamento para usted. (Esto es a veces llamado “autorización previa.”)
- *Límite de Cantidades.* Para algunos medicamentos, hay restricciones en la cantidad de medicamento que puede tener.
- Si nuestro plan acuerda hacer una excepción y pasa por alto una restricción por usted, usted puede pedir una excepción a la cantidad del copago o coaseguro que nosotros le queremos pagar por el medicamento.

3. Cambiando cubierta de un medicamento a un costo compartido de un nivel más bajo.

Todo medicamento en el Listado de Medicamentos del plan es uno de dos (2) niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo el nivel de costo compartido, menos pagará usted por su parte del costo de medicamentos.

Términos Legales	Pidiendo pagar un precio preferido más bajo por un medicamento no preferido es a veces llamado “ excepción de nivel. ”
-------------------------	---

- Si su medicamento esta en el nivel de marca usted puede pedirnos que lo cubramos al costo del costo compartido que aplique en el nivel genérico. Esto bajaría su parte del costo por el medicamento.

SECCIÓN 6.3	Cosas importantes que debe saber sobre solicitud de excepción
--------------------	--

Su médico nos debe decir las razones médicas

Su médico u otro recetador nos deben de dar una declaración escrita que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de parte de su médico u otro recetador Cuando pida la excepción.

Típicamente, nuestro Listado de Medicamentos incluye más de un medicamento que trata condiciones particulares. Estas diferentes posibilidades son llamadas medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alterno fuese tan efectivo como el medicamento que usted está solicitando y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, nosotros generalmente *no* aprobamos su solicitud para una excepción.

Nuestro plan puede decir que sí o no a su solicitud

- Si nosotros le aprobamos su solicitud para una excepción, nuestra aprobación usualmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto por tanto su médico continua prescribiendo el medicamento a usted y ese medicamento continua siendo seguro y efectivo para tratar su condición.

- Si nosotros decimos que no a su solicitud a una excepción, usted puede pedir que se revise nuestra decisión solicitando una Apelación. SECCIÓN 6.5 le dice como someter una Apelación si le decimos que no.

La próxima SECCIÓN le habla de cómo pedir una decisión de cubierta, incluyendo una excepción.

Sección 6.4	Paso a paso: Como pedir una decisión de cubierta, incluyendo excepción
--------------------	---

Paso 1: Usted le pide a nuestro plan que haga una decisión de cubierta sobre medicamentos o pago que necesita Si salud requiere una respuesta rápida, usted debe pedirnos que tomemos una “**decisión rápida.**” **Usted no puede pedir una decisión rápida si usted nos está pidiendo que paguemos por un medicamento que ya compró.**

Que hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cubierta que quiere.** Comience por llamar, escribir, o enviar por fax a nuestro plan su solicitud. Usted, su representante, o su médico (u otro recetador) puede hacer esto. Para los detalles, vaya al Capítulo 2, SECCIÓN 1 y mire la SECCIÓN llamada, *Como contactar nuestro plan Cuando usted está solicitando por una decisión de cubierta sobre la Parte D de medicamentos recetados.* O si usted esta pidiéndonos que paguemos por un medicamento, vaya a la SECCIÓN llamada, *A donde enviar una solicitud que pide le paguemos por nuestra parte del costo del cuidado médico o medicamento que ya recibió.*
- **Usted o su médico o alguien más que este actuado por usted** puede pedir una decisión de cubierta. La SECCIÓN 4 de este Capítulo le dice como puede dar permiso escrito a alguien más para que actúe como su representante. Usted también puede tener un abogado que actúe por usted.
- **Si usted quiere pedirle a nuestro plan que pague por un medicamento,** empiece leyendo el Capítulo 7 de este manual: *Pidiéndole al plan que pague su parte de una facture que usted haya recibido por servicios médicos o medicamentos.* Capítulo 7 describa las situaciones en las cuales usted podría pedir un reembolso. También le dice como enviarnos el papeleo que nos solicita que le paguemos por nuestra parte del costo de un medicamento por el cual ya pago.
- **Si usted está solicitando una excepción, provea la “declaración del médico.”** Su médico u otro recetador nos debe de dar la razón médica para la excepción de medicamento que usted está solicitando. (Nosotros le llamamos a esto la “declaración del médico.”) Su médico u otro recetador puede enviar por fax o correo esta declaración nuestro plan. O su médico u otro recetador nos puede decir

por teléfono y dar seguimiento enviando por fax o correo la declaración firmada. Vea la SECCIÓN 6.2 y 6.3 para más información sobre su solicitud de excepción.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida”

Términos Legales	Una “decisión rápida” es llamada una “ decisión expedita. ”
-------------------------	--

- Cuando nosotros le damos nuestra decisión, nosotros usaremos las fechas límites “estándar” a menos que hayamos acordado usar una fecha límite “rápida” fechas límite. A estándar decisión significa que le daremos una decisión durante 72 horas luego de que nosotros recibamos la declaración de su médico. Una decisión rápida significa que nosotros contestaremos en 24 horas.
- **Para obtener una decisión rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
 - Usted puede obtener una decisión rápida solo si usted está solicitando por un *medicamento que aun no ha recibido*. (Usted no puede tener una decisión rápida si usted nos está pidiendo que le pagemos por medicamentos que ya compro.)
 - Usted puede obtener una decisión rápida *solo* si las fechas límites estándar *pudiesen causarles serios daños a su salud o dañara su habilidad para funcionar*.
- **Si su médico u otro recetador nos dice que su salud requiere una “decisión rápida,” nosotros automáticamente acordaremos en darle una decisión rápida.**
- Si usted pide una decisión rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro recetador), nuestro plan decidirá si su salud requiere que tomemos una decisión rápida.
 - Si nosotros decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, nosotros le enviaremos una carta donde lo diga (y nosotros en vez usaremos las fechas límites estándar).
 - Esta carta le dirá a usted que si su médico u otro recetador pide una decisión rápida, nosotros automáticamente le daremos una decisión rápida.
 - La carta también le dirá si puede usted radicar una queja sobre la decisión de darle una decisión estándar en vez de la rápida que usted solicitara. Le dice como someter una queja “rápida”, lo cual significa que usted recibirá nuestra respuesta a su queja dentro de 24 horas. (El proceso para someter una queja es diferente al proceso de decisión de cubierta y Apelaciones. Para más información sobre el proceso para someter una queja, vea la SECCIÓN 10 de este Capítulo.)

Paso 2: Nuestro plan considera su petición y nosotros le damos una respuesta.

Fechas límites para una decisión de cubierta “rápida”

- Si nosotros estamos usando las fechas límites rápidas, nosotros le debemos de dar nuestra contestación **dentro de 24 horas**.
 - Generalmente, esto quiere decir en o antes de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si usted está pidiendo una excepción, nosotros le daremos nuestra contestación dentro de 24 horas después de que hayamos recibido la declaración de su médico apoyando su solicitud. Nosotros le daremos su contestación antes si su salud nos lo requiere.
 - Si nosotros no cumplimos con estas fechas límites, nosotros estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de Apelaciones, donde será revisado por una organización externa independiente. Luego en esta SECCIÓN, nosotros le hablamos sobre esta organización y explica que sucede en el Nivel 2 de Apelaciones.
- **Si nuestra contestación es si a parte o a todo lo que solicito**, nosotros debemos proveerle la cubierta que hemos acordado proveerle dentro de 24 horas después de recibir su petición o la declaración del médico que apoya su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no parte o a todo lo que usted solicito**, nosotros le enviaremos una declaración escrita que explica porque dijimos no.

Fechas límite para una decisión de cubierta “estándar”

- Si nosotros estaos usando las fechas límites estándar, nosotros le deberíamos dar nuestra respuesta **dentro de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa que dentro de 72 horas después de recibir su solicitud. Si usted está solicitando una excepción, nosotros le daremos nuestra contestación dentro de 72 horas luego de haber recibido la declaración de su médico apoyando su solicitud. Nosotros le daremos nuestra contestación antes si su salud nos lo requiere.
 - Si nosotros no cumplimos con esta fecha límite, nosotros estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso, donde será revisado por una organización independiente. Luego en esta SECCIÓN, nosotros le diremos sobre esta organización y explicaremos Apelaciones.
- **Si nuestra contestación es si a parte o a todo lo que solicito –**
 - Si nosotros aprobamos su solicitud de cubierta, nosotros debemos **proveer la cubierta** que hemos acordado **dentro de 72 horas** luego de que recibamos su solicitud o declaración de su médico apoyando su solicitud.
 - Si nosotros aprobamos su solicitud de pago por un medicamento que ya compro, estamos también obligados a **enviarle el pago a usted dentro de 30 días**

calendario luego de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico apoyando su solicitud.

- **Si nuestra contestación es no a parte o a todo lo que usted solicito**, nosotros le enviaremos una declaración escrita que explica por qué decimos no.

Paso 3: Si decimos no a su solicitud de cubierta, usted decide si quiere hacer una Apelación.

- Si nuestro plan le dice no, usted tiene el derecho a solicitar una Apelación. Solicitar una apelación significa pedir una reconsideración –y posiblemente cambie – la decisión que tomamos.

Sección 6.5	Paso a paso: Como someter una Apelación de Nivel 1 (como pedir una revisión de una decisión de cubierta hecha por nuestro plan)
--------------------	---

Términos Legales	Quando usted comienza un proceso de Apelación solicitando una Apelación, es llamado el “primer nivel de Apelación” o una “Apelación del Nivel 1.” Una apelación al plan sobre una decisión de cubierta por un medicamento de la Parte D es llamada “ redeterminación. ”
-------------------------	---

Paso 1: Usted contacta nuestro plan y somete su Apelación del Nivel 1.

Si su salud requiere una respuesta rápida, usted debe pedir una “**apelación rápida.**”

¿Qué hacer?

- **Para empezar su Apelación, usted (o su representante o su médico u otro recetador) debe contactar nuestro plan.**
 - Para detalles sobre cómo conseguirnos por teléfono, fax, correo, o en persona para cualquier propósito relacionado con su Apelación, vaya al Capítulo 2, SECCIÓN 1, y busque la Sección llamada, *Como contactar nuestro plan Cuando usted está sometiendo una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Someta su Apelación por escrito sometiendo una solicitud por escrito.** Usted también puede solicitar una Apelación llamando los números de teléfono que aparecen en el Capítulo 2, SECCIÓN 1 (*Como contactar nuestro plan Cuando usted está sometiendo una Apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Usted deberá someter su Apelación dentro de 60 días calendario** desde la fecha en la notificación escrita que le enviamos para dejarle saber nuestra respuesta

a su solicitud para una decisión de cubierta. Si usted dejó pasar la fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado pasar, nosotros le daremos más tiempo para hacer su Apelación.

- **Usted también puede pedir una copia de la información en su Apelación y añadir más información.**
 - Usted tiene el derecho a solicitarnos una copia de la información con relación a su Apelación.
 - Si usted desea, usted y su médico u otro recetador le podría dar información adicional para apoyar su Apelación.

Si su salud lo requiere, pida una “Apelación rápida”

Términos Legales	Una “Apelación rápida” es también llamada una “Apelación expedita.”
-------------------------	---

- Si usted está apelando una decisión que tomo nuestro plan sobre un medicamento que aun no ha recibido, usted y su médico u otro recetador necesitara decidir si usted necesita una “Apelación rápida.”
- Los requisitos para obtener una “Apelación rápida” son las mismas a las de “decisión rápida” en la SECCIÓN 6.4 de este Capítulo.

Paso 2: Nuestro plan considera su Apelación y nosotros le damos nuestra contestación.

- Cuando nuestro plan está revisando su Apelación, nosotros le damos otro vistazo a toda la información sobre su solicitud de cubierta. Nosotros verificamos para ver si fuimos justos y seguimos todas las reglas Cuando contestamos no a su solicitud. Nosotros podríamos contactarlo a usted o a su médico u otro recetador para obtener más información.

*Fechas límites para la **Apelación “rápida”***

- Si nosotros estamos usando las fechas límites rápidas, nosotros le debemos dar nuestra contestación **dentro de 72 horas después que recibimos su Apelación.** Nosotros le daremos nuestra contestación más rápido si su salud lo requiere.
 - Si nosotros no le damos una contestación dentro de 72 horas, nosotros estamos obligados a enviar su solicitud a un Nivel 2 del proceso de Apelaciones, donde será revisada por una Organización de Evaluación Independiente. (Después en esta SECCIÓN, nosotros hablamos sobre esta organización de Evaluación y explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de Apelaciones.)
- **Si nuestra contestación es si a parte o todo lo que solicito,** nosotros debemos proveer la cubierta que hemos acordado proveerle dentro de 72 horas.

- **Si nuestra contestación es no a parte o a todo lo que nos solicito**, nosotros le enviaremos una declaración por escrito que explica porque contestamos que no y como apelar nuestra decisión.

*Fechas límites para una **Apelación “estándar”***

- Si nosotros estamos usando las fechas límites estándar, nosotros le debemos dar nuestra contestación **dentro de 7 días calendarios** luego de que recibimos su Apelación. Nosotros le daremos nuestra decisión antes si usted aun no ha recibido los medicamentos y su condición de salud requiere.
 - Si nosotros no le damos nuestra decisión dentro de 7 días calendario, a nosotros se nos requiere que enviemos su solicitud al Nivel 2 del proceso de Apelaciones, donde será evaluada por una Organización de Evaluación Independiente. Luego en esta SECCIÓN nosotros le diremos sobre esta organización de Evaluación y explicaremos que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted solicito –**
 - Si nosotros aprobamos una solicitud de cubierta, nosotros debemos **proveerle la cubierta** que nosotros acordamos en darle tan rápido como su salud lo requiera, pero **no después de 7 días calendarios** luego de que recibamos su Apelación.
 - Si nosotros aprobamos su solicitud de pago por un medicamento que ya usted compro, nosotros estamos obligados a **enviarle el pago a usted dentro de 30 días calendarios** luego de recibir su solicitud de Apelación.
- **Si nuestra contestación es no a parte o a todo lo que solicito**, nosotros le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos no y como apelar su decisión.

Paso 3: si nosotros decimos no a su Apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de Apelación y someter *otra Apelación*.

- Si nuestro plan dice no a su Apelación, usted entonces elige si acepta esta decisión o continúa sometiendo otra Apelación.
- Si usted decide someter otra Apelación, significa que su Apelación va a pasar al Nivel 2 de el proceso de Apelación (vea abajo).

Sección 6.6	Paso a paso: Como someter una Apelación del Nivel 2
--------------------	--

Si nuestro plan contesta que no a su apelación, usted tendrá que escoger si acepta la decisión o si continua sometiendo otra apelación. Si usted decide pasar al Nivel 2 de Apelaciones, la **Organización Evaluadora Independiente** evalúa la decisión que tomo nuestro plan cuando

contesto que no a su primera apelación. Esta organización decide si nuestra decisión debe de ser cambiada.

Términos Legales	El nombre formal para “ Organización de Evaluación Independiente. ” Es a veces llamada la “ IRE. ”
-------------------------	--

Paso 1: Para someter una Apelación del Nivel 2, usted debe de contactar la Organización de Evaluación Independiente y solicite una Evaluación de su caso.

- Si su plan dice no a su Apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviamos incluirá **instrucciones de cómo solicitar una Apelación del Nivel 2** con la Organización de Evaluación Independiente. Estas instrucciones le dirán quien puede Apelar en el Nivel 2, que fechas límites usted debe de seguir, y como contactar al evaluador de la organización.
- Cuando usted somete una Apelación a la Organización de Evaluación Independiente, nosotros enviaremos la información que nosotros tenemos sobre su Apelación a esta organización. Esta información es llamada su “archive de caso.” **Usted tiene el derecho a pedirnos una copia de su archive del caso.** Usted tiene el derecho a darle a la Organización de Evaluación Independiente información adicional para apoyar su Apelación.

Paso 2: La Organización de Evaluación Independiente evalúa su Apelación y le da una contestación.

- **La Organización de Evaluación Independiente es una organización independiente externa, que está contratado por Medicare.** Esta organización no tiene ninguna conexión con nuestro plan y no es una agencia de gobierno. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para evaluar nuestra decisión sobre sus beneficios de la Parte D con nuestro plan.
- Evaluadores de la Organización de Evaluación Independiente darán una Mirada cuidadosamente a toda la información relacionada a su Apelación. La organización le dejará saber su decisión por escrito y explicará las razones de la misma.

Fechas límite para una Apelación “rápida” del Nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Organización de Evaluación Independiente por una “Apelación rápida.”
- Si la organización evaluadora está de acuerdo con su “Apelación rápida,” la organización evaluadora deberá darle a usted una contestación a su Apelación del Nivel 2 **dentro de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de Apelación.
- **Si la Organización de Evaluación Independiente le dijera que si a parte o a todo lo que solicito,** nosotros debemos proveerle con la cubierta de medicamentos que fue

aprobada por la organización evaluadora **dentro de 24 horas** luego de que nosotros hayamos recibido la decisión de la organización evaluadora.

Fechas límite para Apelación “estándar” del Nivel 2

- Si usted tiene una Apelación estándar de Nivel 2, la organización evaluadora debe darle su respuesta a su Apelación del Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- **Si la Organización de Evaluación Independiente dice si a parte o a todo lo que usted solicito –**
 - Si la Organización de Evaluación Independiente aprueba una petición de cubierta, nosotros debemos **proveerle la cubierta de medicamentos** que le fue aprobada por la organización de evaluación **dentro de 72 horas** luego de haber recibido nosotros la decisión de la organización de evaluación.
 - La Organización de Evaluación Independiente aprueba una solicitud de pago por los medicamentos que ya usted compro, nosotros estamos obligados a **enviar el pago dentro de 30 días calendario** luego de que nosotros hayamos recibido la decisión de la organización evaluadora.

¿Qué tal si la organización evaluadora dice no a su Apelación?

Si esta organización contesta que no a su Apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto es llamado” denegar una decisión.” También es llamada “denegando su Apelación.”)

Para continuar y someter otra Apelación en el Nivel 3, el valor monetario de la cubierta de medicamentos que usted está solicitando debe cumplir con la cantidad mínima. Si el valor monetario de la cubierta que usted solicita es muy bajo, usted no puede someter otra apelación y la decisión del Nivel 2 sería final. La notificación que usted recibe de la Organización de Evaluación Independiente le dirá si el valor monetario de la cubierta que usted está solicitando es lo suficientemente alta como para continuar con el proceso de Evaluación.

Paso 3: Si el valor monetario de la cubierta que usted está solicitando cumple con los requisitos, usted escoge si quiere llevar su Apelación más lejos.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de Apelación luego del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de Apelación).
- Si su Apelación del Nivel 2 es rechazado y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de Apelaciones, usted debe de decidir si usted quiere apelar por tercera vez. Si usted decide someter una tercera apelación, los detalles sobre cómo hacer esto están en la notificación escrita que recibió luego de su segunda apelación.

- El Nivel 3 de Apelación es manejado por un juez de leyes administrativas. En la SECCIÓN 9 de este Capítulo le dice más sobre el Nivel 3, 4 y 5 del proceso de Apelación.

SECCIÓN 7 ¿Cómo preguntar a nosotros para cubrir una estadía de mayor duración en el hospital si usted entiende que el médico le está dando de alta muy pronto?

Cuando usted es admitido a un hospital, usted tiene el derecho de obtener todos los servicios cubiertos de hospital que son necesarios para diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para más información sobre la cubierta del plan para su cuidado en el hospital, ver el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (que está cubierto y cuanto debes pagar)*.

Durante su estadía en el hospital, su médico y el personal del hospital estarán trabajando con usted para prepararte para el día que saldrá del hospital. Ellos además te ayudaran a hacer los arreglos para el cuidado que puedas necesitar luego que salgas del hospital.

- El día que usted sale del hospital se le llama “fecha de alta.” Nuestra cubierta del plan para la estadía en el hospital terminará en esa fecha.
- Cuando su fecha de alta ha sido establecida, su médico o el personal del hospital te lo informará.
- Si usted piensa que su salida del hospital es muy pronto, usted puede preguntar por una estadía de más duración en el hospital y su solicitud será considerada. Esta Sección te explica cómo preguntar.

Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital, usted recibirá de parte de Medicare una notificación escrita que le habla sobre sus derechos

Durante su estadía en el hospital, a usted se le facilitará una notificación escrita llamada *Mensaje importante de Medicare sobre tus derechos*. Todo beneficiario de Medicare obtiene una copia de esta notificación cuando es admitido a un hospital. Una persona en el hospital está supuesta a facilitársela dentro de dos días después que ha sido admitido.

- 1. Lea esta notificación cuidadosamente y haga preguntas si no lo entiende.** Le informa a usted cuáles son sus derechos como paciente de un hospital, incluyendo:
 - Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, como fue ordenada por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quien pagará por ellos, y cuando los puede obtener.

- Su derecho a involucrarte en cualquier decisión relacionada sobre su estadía en el hospital, y saber quién pagará por ello. Donde reportar cualquier preocupación que usted tenga sobre la calidad del cuidado en el hospital.
- Qué hacer si tu piensas que vas a ser dado de alta muy pronto.

Términos Legales	La notificación escrita de Medicare te indica cómo puedes “ hacer una apelación. ” Hacer una apelación es una vía legal formal para preguntar en extender la fecha de alta para que su cuidado en el hospital sea cubierto por un periodo de mayor duración. (Abajo en la Sección 7.2 le explica cómo hacer esta apelación)
-------------------------	--

2. Usted debe firmar la notificación escrita para demostrar que usted recibió y entiende sus derechos.

- Usted o alguien que actúe de su parte debe firmar la notificación. (Sección 4 de este capítulo le dice como puede dar autorización por escrito a alguien más que actúe como su representante.)
- Firme la notificación *solo* si ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no le da una fecha de alta (su médico o empleado del hospital le dará la fecha de su alta). Firmando la notificación **no significa** que usted está de acuerdo con su fecha en la que fue dado de alta.

3. Conserve su copia de la notificación firmada para que usted tenga la información sobre cómo hacer una apelación (o reporte una preocupación sobre calidad de cuidado) a la mano si lo necesita.

- Si usted firma la notificación más de 2 días antes del día en el que saldrá del hospital, usted recibirá otra copia antes de su alta programada.
- Para ver una copia de esta notificación por adelantado, usted puede llamar a Servicio al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227 o TTY: 1-877-486-2048). Usted también puede verla en línea en <http://www.cms.hhs.gov>

Sección 7.2	Paso-a-paso: Como someter una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha en la que será dado de alta del hospital
--------------------	--

Si usted quiere pedir que los servicios de hospital sean cubiertos por nuestro plan por más tiempo, usted necesitara utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta petición. Antes de que comience, entienda que usted necesita hacer y cuáles son las fechas límites.

- **Siga el proceso.** Cada paso en las primeros dos niveles del proceso de apelaciones esta explicado abajo.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de que usted entiende y sigue las fechas límite que aplican a cosas que debe hacer usted.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, favor de llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la cubierta de este manual). O llame a su Programa de Asistencia de Seguros de Salud del Estado, que es una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica para ver si la fecha de su alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Términos Legales	Cuando usted comienza el proceso de apelaciones sometiendo la apelación, a esto se le llama “primer nivel de apelaciones” o “Nivel 1 de Apelaciones.”
-------------------------	---

Paso 1: Contacte la organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta de hospital. Usted debe actuar con rapidez.

Términos Legales	Una “revisión rápida” es también llamada una “revisión inmediata” o una “revisión expedita.”
-------------------------	--

¿Qué es una organización para el Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de salud los cuales son pagados por el gobierno Federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Esta organización es pagada por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado de las personas con Medicare. Esto incluye el revisar las fechas de las altas de los hospitales para personas con Medicare.

¿Cómo puede usted contactar esta organización?

- La notificación por escrito que usted recibió (*Un Mensaje Importante de Medicare*) le dice como contactar esta organización. (O encontrando el nombre, dirección, y número de teléfono de la organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual.)

Actúe con rapidez:

- Para someter su apelación, usted debe contactar la organización para el Mejoramiento de Calidad *antes* de que usted salga del hospital **no más tarde de la fecha del alta planificada.** (Su “fecha planificada de alta” es la fecha en la que se ha programado para salir del hospital.)

- Si usted cumple con estas fechas límite, usted está permitido a quedarse en el hospital *luego* de su fecha de alta *Sin paga por eso* mientras usted espera recibir la contestación de su apelación de la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
- Si usted *no* cumple con estas fechas límite, y usted decide quedarse en el hospital luego de la fecha planificada de su alta, *usted tendrá que pagar el costo total del* cuidado en hospital que usted reciba luego de la fecha planificada de su alta.
- Si usted deja pasar las fechas límite para contactar la Organización de Mejoramiento de Calidad con relación a su apelación, usted entonces puede solicitar una apelación directamente a su plan. Para más detalles sobre cómo someter su apelación, vea la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Usted debe de solicitar a la organización de Mejoramiento de Calidad por una **“revisión rápida”** por su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted esta solicitándole a la organización que use las fechas límites “rápida” en vez de usar las fechas límites estándar.

Términos Legales	Una “revisión rápida” es también llamada “revisión inmediata” o una “revisión expedita.”
-------------------------	---

Paso 2: La organización de Mejoramiento de Calidad conduce una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la organización de Mejoramiento de Calidad (le llamaremos “los evaluadores”) le solicitaremos a usted (o su representante) por que usted entiende que los servicios debieran de ser cubiertos. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si lo desea.
- El evaluador también mirara la información médica, hablara con su médico, y evaluara la información que el hospital y su plan le han dado.
- Durante este proceso de evaluación, a usted también se le notificara por escrito la fecha de su alta planificada y le explicara las razones de por qué su médico, el hospital, y su plan piensan que esta correcto (médicamente apropiado) el darle de alta en esa fecha.

Términos Legales	Esta explicación por escrito es llamada la “notificación Detallada del Alta.” Usted puede recibir una muestra de esta notificación llamando a Servicio al Cliente o 1-800-
-------------------------	---

MEDICARE (1-800-633-4227, 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) O usted puede obtener la muestra de la notificación en línea en <http://www.cms.hhs.gov/BNI/>

Paso 3: Un día después luego de tener toda la información necesaria, la organización de Mejoramiento de Calidad le dará una contestación a su apelación.

¿Que su la contestación es si?

- Si la organización evaluadora contesta si a su apelación, **nuestro plan debe continuar proveyéndole con los servicios de hospital cubiertos por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (tales como los deducibles o copagos, si esto aplica). En adición, tal vez tenga limitaciones en sus servicios de hospital cubiertos. (Vea el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué pasa si la contestación es no?

- Si la organización evaluadora contesta *no* a su apelación, ellos están diciendo que su alta planificada es médicamente apropiada. (Diciendo *no* a su apelación es también llamado *rechazando* su apelación.) Si esto ocurre, **nuestra cubierta del plan por los servicios de hospital terminarán** al medio día del día *después* en que la organización para el Mejoramiento de Calidad le de su contestación a su apelación.
- Si usted decide quedarse en el hospital, entonces **usted podría tener que pagar el costo total** del cuidado en el hospital que recibió después del medio día del día después en que la organización para el Mejoramiento de Calidad le da la contestación a su apelación.

Paso 4: Si la contestación a su apelación del Nivel 1 es no, usted decide hacer otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación, y usted se queda en el hospital luego de la fecha de su alta planificada, entonces usted podría hacer otra apelación. Someter otra apelación significa que usted está entrando al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso-a-paso: Como someter una apelación del Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación, y usted se queda en el hospital luego de la fecha del alta planificada, entonces usted puede someter una apelación

del Nivel 2. Durante la apelación del Nivel 2, usted le solicita a la organización para el Mejoramiento de Calidad que observe nuevamente la decisión que tomaron con relación a su apelación inicial.

Aquí están los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Contacte la organización para el Mejoramiento de Calidad otra vez y solicite otra evaluación.

- Usted debe solicitar esta evaluación **dentro de 60 días** luego del día en la Organización para el Mejoramiento de Calidad contesto *no* a su Apelación de Nivel 1. Usted solo puede solicitar esta evaluación si usted se quedo en el hospital luego de la fecha en la cual su cubierta finalice.

Paso 2: La calidad de organización de Mejoramiento de Calidad conduce una segunda evaluación de su situación.

- Los evaluadores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad le darán otro cuidadoso vistazo a toda la información relacionada a su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días, los evaluadores de la organización de Mejoramiento de Calidad decidirán sobre su apelación y le dejara saber sobre su decisión.

Si la organización evaluadora contesta que si:

- **Nuestro plan le debe rembolsar** por nuestra parte de los costos por cuidado en el hospital que recibió desde el medio día del día después de la fecha en la que fue denegada su primera apelación por la Organización para el Mejoramiento de Calidad. **Nuestro plan debe continuar proveyéndole cubierta** por el cuidado de hospital por el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos compartidos y limitaciones de cubierta pueden aplicar.

Si la organización evaluadora contesta no:

- Significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron en el Nivel 1 de Apelaciones y no lo cambiaran. A esto se le llama “retener la decisión.” también se le llama “rechazando su apelación.”
- La notificación por escrito que recibirá lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará detalles sobre como pasar al próximo nivel de apelaciones, lo cual es manejado por un juez.

Paso 4: Si la contestación es no, usted necesitara decidir si quiere tomar su apelación al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales del proceso de apelación, luego del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si el evaluador de la organización rechaza su apelación del Nivel 2, usted puede elegir si acepta la decisión o si pasa al Nivel 3 y hace otra apelación. En el Nivel 3 podrá hacer otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es evaluada por un juez.
- En la Sección 9 de este capítulo le dirá más sobre el Nivel 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4	¿Que si usted deja perder la fecha límite para someter su apelación del Nivel 1?
--------------------	---

Usted puede apelarle a nuestro plan en vez

Como se explicó en la Sección 7.2, usted debe actuar con rapidez para contactar la Organización para el Mejoramiento de Calidad y comenzar con su primera apelación del alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de que salga del hospital y no más tarde de su fecha del alta planificada). Si usted deja pasar la fecha límite para contactar esta organización, hay otra manera de someter su apelación.

Si usted usa otra manera para someter su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso-a-paso: Como someter una apelación *Alternativa* del Nivel 1

Si usted pierde la fecha límite para contactar la Organización para el Mejoramiento de Calidad, usted puede someter una apelación a nuestro plan, solicitando una “evaluación rápida.” Una evaluación rápida es una apelación que utiliza las fechas límites en vez de las fechas límites estándar.

Términos Legales	Una evaluación “rápida” (o “apelación rápida”) es también llamada una “ evaluación expedita ” (o “ apelación expedita ”).
-------------------------	---

Paso 1: Contacte nuestro plan y solicite una “evaluación rápida.”

- Para detalles sobre como contactar nuestro plan, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la Sección llamada, *Como contactar nuestro plan cuando este usted solicitando una apelación sobre su cuidado médico.*
- **Asegúrese de solicitar una “evaluación rápida.”** Esto significa que usted esta solicitándonos una contestación usando las fechas límites “rápidas” en vez de las fechas límites “estándar”.

Paso 2: Nuestro plan hará una evaluación “rápida” de su fecha de alta planificada, verificando si fue médicamente apropiada.

- Durante esta evaluación, nuestro plan revisa toda la información sobre su estadía en el hospital. Nosotros verificamos que su fecha de alta planificada. Nosotros verificaremos para ver si la decisión sobre si usted debe salir del hospital fue justa y si se siguieron las reglas.
- En esta situación, nosotros usaremos las fechas límites “rápidas” en vez de las fechas límites para estándar para darle una contestación a esta evaluación.

Paso 3: Nuestro plan le da una decisión dentro de 72 horas luego de habernos solicitado una “evaluación rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestro plan le contesta si a su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted que usted todavía necesita permanecer en el hospital luego de su fecha de alta, y continuara su cubierta de servicios provisto por el tiempo que sea médicamente necesario. también significa que hemos acordado rembolsarle por su parte de costos por cuidados que ha recibido desde el día en que le dijimos que su cubierta terminaría. (Usted debe pagar la parte de los costos compartidos y limites de cubierta pueden aplicar.)
- **Si nuestro plan le contesta no a su apelación rápida**, nosotros le estamos dejando saber que su alta del hospital fue médicamente apropiada. Nuestra cubierta por los servicios de su hospitalización terminará el día en que nosotros dijimos que terminaría.
- Si usted permaneció en el hospital *luego* de la fecha planificada de su alta, entonces **usted tendría que pagar el costo total** del cuidado del hospital que recibió luego de la fecha del alta planificada.

Paso 4: Si nuestro plan contesta *no* a su apelación rápida, su caso entonces *automáticamente* será pasado al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para estar seguros de que estamos siendo justos cuando le contestamos no a su apelación rápida, **a nuestro plan se le requiere enviar su apelación a la “Organización Independiente de evaluación.”** Cuando nosotros hacemos esto, significa que usted esta *automáticamente* pasando al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso- a- Paso: ¿Cómo hacer una apelación *Alternativa* del Nivel 2?

Si nuestro plan contesta que no a su apelación del Nivel 1, su caso pasara *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación del Nivel 2, la **Organización Independiente de evaluación** evaluara la decisión que nuestro plan tomo cuando le contestamos negativamente a su “apelación rápida.” Esta organización decide si la decisión que nosotros tomamos podría ser cambiada.

Términos Legales	El nombre formal para “organización Independiente de evaluación” es la “ Entidad Independiente de evaluación. ” Es a veces llamado el “ IRE. ”
-------------------------	--

Paso 1: Nosotros automáticamente pasaremos adelante su caso a la organización de evaluación Independiente.

- Nosotros estamos requeridos a enviar la información para su apelación del Nivel 2 a la organización de evaluación Independiente dentro de 24 horas cuando le contestamos no a su primera apelación. (Si usted piensa que nosotros no estamos cumpliendo con estas fechas límites u otras fechas límites, usted puede someter una queja. El proceso de quejas es diferente al del proceso de apelaciones. Sección 10 de este capítulo le dice como someter una queja.)

Paso 2: La organización de evaluación Independiente hace una “evaluación rápida” de su apelación. Los evaluadores le darán a usted una contestación dentro de 72 horas.

- **La organización de evaluación Independiente es una organización independiente externa la cual es contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para manejar el trabajo de ser quien vigile el trabajo de la organización de Evaluación Independiente.
- Los evaluadores de la Organización de evaluación Independiente tomaran una Mirada cuidadosa a toda la información relacionado con su apelación por su alta del hospital.
- **Si esta organización contesta *si* a su apelación,** entonces nuestro plan deberá rembolsarle a usted (pagarle de vuelta) por su parte de los costos de cuidados de hospital que recibió desde la fecha de su alta planificada. Nosotros también continuaremos brindando cubierta por los servicios de hospital por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cubierta, estas podrían limitar cuanto le rembolsaremos o por cuanto tiempo cubriremos sus servicios.
- **Si esta organización contesta *no* a su apelación,** esto significa que ellos están de acuerdo con nuestro plan de que el alta planificada del hospital era médicamente apropiado. (Esto es llamado “absteniéndose de la decisión.” también es llamado “rechazando su apelación.”)
 - La notificación que usted recibe de la organización de evaluación Independiente le dirá por escrito lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará a usted los detalles sobre como pasar al Nivel 3 de Apelaciones, el cual es manejado por un juez.

Paso 3: Si la organización de evaluación Independiente rechaza su apelación, usted puede escoger si quiere llevar más haya su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los evaluadores dicen no a su Nivel 2 de Apelaciones, usted decide si acepta su decisión o si va al Nivel 3 y solicita una tercera apelación.
- Sección 9 en este capítulo le dirá más sobre los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Como solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted piensa que su cubierta está terminando muy rápido

Sección 8.1	<i>Esta Sección es sobre <u>solo</u> tres servicios:</i> Cuidado de Salud en el Hogar, facilidad de enfermería diestra, y servicios en Facilidad de Rehabilitación Ambulatoria (CORF).
--------------------	--

Esta Sección es sobre *solo* los siguientes tipos de cuidado:

- **Servicios de cuidado de salud en el hogar** que usted está recibiendo.
- **Cuidado de enfermería diestra** que usted está recibiendo como paciente en una facilidad de enfermería diestra. (Para saber sobre requerimientos para ser considerado una “facilidad de enfermería diestra,” vea el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*.)
- **Cuidado de Rehabilitación** que usted está recibiendo como paciente ambulatorio en una Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria aprobada por Medicare (CORF). Usualmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o usted se está recuperando de una cirugía mayor. (Para más información sobre este tipo de facilidad, vea el Capítulo 12, *Definición de palabras importantes*.)

Cuando usted está recibiendo tres tipos de cuidado, usted tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de cuidado por el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o herida. Para más información de los servicios cubiertos, incluyendo en costo compartido y cualquier limitación de cubierta que apliquen, vea el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando nuestro plan decida que es tiempo para parar de cubrir cualquiera de los tres tipos de cuidados para usted, nosotros estamos requeridos a decirle a usted por adelantado. Cuando su

cubierta para ese cuidado termina, *nuestro plan parara de pagar por su parte de los costos compartidos por su cuidado.*

Si usted piensa que nosotros estamos terminando de cubrir sus cuidados muy rápido, **usted puede apelar nuestra decisión.** Esta Sección le dice como solicitarlo.

Sección 8.2	Nosotros le dejaremos saber por adelantado cuando su cubierta terminará.
--------------------	---

1. Usted recibe una notificación por escrito. Por lo menos dos días antes de que nuestro plan vaya a parar de cubrir por su cuidado, la agencia o facilidad que le esta proveyendo cuidados le notificara.

- La notificación por escrito le dirá la fecha en la que nuestro plan dejara de cubrir por sus cuidados.

Términos Legales	En esta notificación escrita, nosotros le dejaremos saber sobre “decisión de cubierta” nosotros hemos decidido sobre cuando parar de cubrir su cuidado. (Para más información sobre decisión de cubierta, vea la Sección 4 en este capítulo.)
-------------------------	--

- La notificación por escrito le dirá lo que puede hacer si quiere solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuando terminar su cuidado, y continuar cubriéndole por un periodo de tiempo más largo.

Términos Legales	Le dirá lo que puede hacer, la notificación por escrito le dirá como usted puede “someter una apelación.” Solicitando una apelación es manera formal, legal para solicitarle cambios que hemos hecho sobre cuando detener sus cuidados. (La Sección 8.3 abajo le dice como usted puede someter una apelación.)
-------------------------	---

Términos Legales	La notificación por escrito es llamada “notificación de NO-Cubierta de Medicare.” Para obtener un ejemplo, llame a Servicio al Cliente o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, 24 horas al día, 7 días de la semana. Usuarios de TTY debe de llamar al 1-877-486-2048.). O vea una copia en línea http://www.cms.hhs.gov/BNI/
-------------------------	--

2. Usted debe de firmar la notificación escrita para mostrar que lo recibió.

- Usted o alguien quien está actuando de su parte debe de firmar la notificación. (La Sección 4 le dice como puede dar permiso por escrito para que alguien más actúe como su representante.)
- Firmando la notificación le muestra *solo* lo que ha recibido la información sobre cuando parara su cubierta. **Firmarla no significa que usted está de acuerdo** con el plan de que es hora de parar de recibir cuidados.

Sección 8.3	Paso-a-paso: Como someter una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cobra sus cuidados por un tiempo más largo
--------------------	--

Si usted quiere solicitarnos que cubramos sus cuidados para un periodo de tiempo más largo, usted necesita usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud, usted necesitara usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de que empiece, entienda que usted necesita hacer y cuáles son sus fechas límites.

- **Siga el proceso.** Cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelación son explicados abajo.
- **Cumpla con sus fechas límites.** Las fechas límites son importantes. Asegúrese que usted entiende y sigue las fechas límites que aplican dos cosas que debe hacer. también hay fechas límites que nuestro plan debe de seguir. (Si usted piensa que nosotros no estamos cumpliendo con nuestras fechas límites, usted puede someter una queja. La Sección 10 de este capítulo le dice como someter una queja.)
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si usted tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, favor de llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en el frente de este manual). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud, una organización gubernamental que le provee asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

Durante la apelación de Nivel 1, la organización de Mejoramiento de Calidad revisara su apelación y decidirá cuando cambiar la decisión hecha por nuestro plan.

Términos Legales	Cuando usted comienza el proceso de apelaciones, es llamado el “primer nivel de aprobación” o “apelación de Nivel 1”
-------------------------	--

Paso 1: Someta su apelación del Nivel 1: contacte la organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una evaluación. Usted debe actuar con rapidez.

¿Qué es la organización de Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud los cuales están siendo pagados por el gobierno Federa. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de los cuidados recibidos por las personas con

Medicare y evalúan las decisiones sobre cuándo será el momento para detener las cubiertas de ciertos tipos de cuidados médicos.

¿Cómo puede usted contactar esta organización?

- La notificación escrita que usted recibió le dice como comunicarse con esta organización. (O encontrar el nombre, dirección, y número de teléfono de la organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual.)

¿Qué de preguntar?

- Solicítele a esta organización que haga una evaluación independiente de que si es médicamente apropiado para nuestro plan finalizar la cubierta de sus servicios médicos.

Su fecha límite para contactar esta organización.

- Usted debe contactar la Organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su apelación *no mas tarde del medio día del día después en que fue recibido la notificación escrita diciéndole a usted cuando pararíamos de cubrir sus cuidados.*
- Si usted deja pasar las fechas límites para contactar la Organización para el Mejoramiento de Calidad sobre su apelación, entonces usted puede someter su apelación directamente a nuestro plan. Para detalles sobre esta otra manera de someter su apelación, vea la Sección 8.4.

Paso 2: La organización para el Mejoramiento de Calidad conduce una evaluación independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta evaluación?

- Los profesionales de la salud en la Organización de Mejoramiento de Calidad (nosotros le llamaremos “los evaluadores” cortamente) le preguntaran a usted (o a su representante) por que usted entiende que los servicios deben de continuar siendo cubiertos. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero lo puede hacer si lo desea.
- La organización evaluadora también le echarán un ojo a su información médica, hablaran con sus médicos, y evaluaran información que nuestro plan le ha dado a ellos.
- Durante este proceso de evaluación, usted también recibirá notificación por escrito del plan que le da nuestras razones para querer terminar con la cubierta de los servicios.

Términos Legales	Esta notificación de explicación es llamada “ explicación Detallada de No-Cubierta. ”
-------------------------	--

Paso 3: Dentro del día completo luego de que tengan toda la información que necesitan, los evaluadores le darán su decisión.

¿Qué pasa si los evaluadores le dicen que si a su apelación?

- Si los evaluadores contestan que *si* a su apelación, entonces **nuestro plan debe continuar proveyéndole su cubierta de servicios por tanto sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que pagar su parte de los costos compartidos (tales como deducibles y copagos, si aplican). En adición, tal vez hayan limitaciones en su cubierta de servicios (vea el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si los evaluadores contestan no a su apelación?

- Si los evaluadores contestan que *no* a su apelación, entonces **su cubierta terminará en la fecha en la que se le dijo.** Nuestro plan dejara de pagar su parte de los costos compartidos por estos cuidados.
- Si usted decide continuar recibiendo los cuados de salud en el hogar, o cuidados en una facilidad de enfermería diestra, o Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF) estos servicios terminarán cubierta *luego* de esta fecha, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de estos usted mismo.

Paso 4: Si la contestación a su apelación del Nivel 1 de Apelaciones es no, usted decide si quiere someter otra apelación.

- Esta primera apelación que somete es del “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los evaluadores contestan que *no* a su apelación del Nivel 1 - y usted elige continuar con su cubierta por los cuidados luego de que su cubierta ha terminado – entonces usted puede someter otra apelación.
- Solicitando otra apelación significa que usted va a pasar al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	Paso-a-paso: Como someter una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra más tiempo sus cuidados
--------------------	---

Si la organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted elige continuar recibiendo los cuidados luego de que su cubierta termine, entonces usted puede someter una apelación en el Nivel 2. Durante la apelación del Nivel 2, usted le solicita a la Organización para

el Mejoramiento de Calidad que revise una vez más la decisión que han tomado con relación a su primera apelación.

Aquí están los pasos para el proceso de apelaciones del Nivel 2:

Paso 1: Usted contacta nuevamente la organización para el Mejoramiento de Calidad y solicite otra revisión.

- Usted debe solicitar esta evaluación **dentro de 60 días** luego del día en que la organización para el Mejoramiento de Calidad conteste que *no* a su apelación del Nivel 1. Usted puede solicitar esta evaluación solo si usted continua recibiendo cuidados luego de la fecha en que su cubierta debió haber terminado.

Paso 2: La organización para el Mejoramiento de Calidad hace una segunda evaluación de su situación.

- Los evaluadores de la organización para el Mejoramiento de Calidad darán otro cuidadoso vistazo a toda la información relacionada a su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días, los evaluadores de la organización para el Mejoramiento de Calidad decidirán sobre su apelación y le darán a usted su decisión.

¿Qué sucede si la organización evaluadora contesta que si a su apelación?

- **Nuestro plan debe reembolsarle** por nuestra parte de los costos compartidos que ha recibido desde la fecha en que le notificamos que su cubierta terminaría. **Nuestro plan debe continuar proveyéndole cubierta** por el cuidado por tanto sea mediadamente necesario.
- Usted debe de continuar pagando su parte de los costos compartidos y puede que hayan limitaciones de cubierta que apliquen.

¿Qué pasa si la organización evaluadora contesta que no?

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que han tomado con relación a su apelación del Nivel 1 y no la cambiaran. (Esto es llamado “absteniéndose de la decisión” también es llamado “rechazando su apelación.”)
- La notificación que reciba por escrito le dirá lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará los detalles sobre como pasar al próximo nivel de apelaciones, el cual es manejado por un juez.

Paso 4: Si la contestación es no, usted necesita decidir si quiere tomar su apelación más lejos.

- Hay tres niveles de apelaciones adicionales luego del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los evaluadores rechazan su apelación del Nivel 2, usted puede elegir aceptar esa decisión o si pasa al nivel 3 y somete otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez.
- La Sección 9 en este capítulo le dirá más sobre los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5	¿Que si usted deja pasar las fechas límites para someter una apelación del Nivel 1?
--------------------	--

Usted puede apelar a nuestro plan

Como explicado arriba en la Sección 9.3, usted debe actuar con rapidez para contactar la organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su primera apelación (dentro de un día o dos, lo mas). Si usted deajo pasar las fechas límites para contactar la organización, hay otra manera de someter su apelación. Si usted usa esta otra forma de someter su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso-a-Paso: Como hacer una apelación *Alternativa* del Nivel 1

Si usted deja pasar las fechas límites para contactar la organización para el Mejoramiento de Calidad, usted puede someter una apelación a nuestro plan, solicitando una “evaluación rápida” Una evaluación rápida es una apelación que utiliza las fechas límite rápidas en vez de las estándar.

Hay pasos para el Nivel 1 de Apelaciones:

Términos Legales	Una evaluación “rápida” (o “apelación rápida”) es también llamada una evaluación “expedita” (o “ apelación expedita appeal ”).
-------------------------	--

Paso 1: Contacte nuestro plan y solicite una “evaluación rápida.”

- Para detalles en como contactar nuestro plan, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la Sección llamada, *Como contactar nuestro plan cuando usted este solicitando una apelación sobre sus cuidados médicos.*

- **Asegúrese de solicitar una “evaluación rápida.”** Esto significa que usted nos está solicitando que le contestemos usando las fechas límites “rápidas” en vez de las “estándar”.

Paso 2: Nuestro plan hace una evaluación “rápida” de la decisión que hemos tomado cuando detuvimos la cubierta de sus servicios.

- Durante esta evaluación, nuestro plan revisa otra vez toda la información sobre su caso. Nosotros verificaremos para ver si estamos siendo justos y si se siguieron todas las reglas cuando nosotros le notificamos la fecha en la que terminarán los servicios cubiertos que estaba recibiendo.
- Nosotros usaremos las fechas límites “rápidas” en vez de las fechas límites estándar para darle una contestación de esta evaluación. (Usualmente, si usted somete una apelación a nuestro plan y solicite una “evaluación rápida,” a nosotros se nos permite decidir si estamos de acuerdo con su solicitud y le damos una “evaluación rápida.” Pero en esta situación, las reglas nos requieren darle una respuesta rápida si la solicita.)

Paso 3: Nuestro plan le da nuestra decisión dentro de 72 horas luego de haber solicitado una “evaluación rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestro plan contesta que si a una apelación rápida,** esto significa que nosotros estamos de acuerdo con usted de que necesita los servicios por más tiempo, y continuaremos proveyéndole los servicios cubiertos por tanto sea médicamente necesario. también significa que hemos acordado a reembolsarle por su parte de los costos compartido por los cuidados que ha recibido desde la fecha en que le dijimos que su cubierta terminaría. (Usted debe de pagar su parte de los costos compartidos y tal vez hayan limitaciones de cubiertas que apliquen.)
- **Si nuestro plan le contesta que no a su apelación rápida,** entonces su cubierta terminará en la fecha en que le dijimos y nuestro plan no pagará luego de esta fecha. Nuestro plan dejara de pagar su parte de los costos compartidos por estos cuidados.
- Si usted decide continuar recibiendo los cuados de salud en el hogar, o cuidados en una facilidad de enfermería diestra, o Facilidad de Rehabilitación Comprensiva Ambulatoria (CORF) estos servicios terminarán cubierta *luego* de esta fecha, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de estos usted mismo.

Paso 4: Si nuestro plan contesta que *no* a su apelación rápida, su caso automáticamente pasa al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para estar seguro de que fuimos justos cuando decidimos contestar no a su primera apelación, **nuestro plan esta requerido a enviar su apelación a la “Organización de evaluación Independiente.”** Cuando nosotros hacemos eso, esto significa que usted esta *automáticamente* pasando al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso- a- Paso: Como solicitar una apelación Alterna del Nivel 2

Si nuestro plan contesta que no a su apelación del Nivel 1, su caso será *automáticamente* enviado al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación del Nivel 2, la **organización de evaluación Independiente** evalúa la decisión que tomo nuestro plan cuando contesto que no a su “apelación rápida.” Esta organización decide si la decisión que tomamos debe de ser cambiada.

Términos Legales	El nombre formal para la “organización de evaluación Independiente” es la “ Entidad de evaluación Independiente. ” Es a veces llamada “ IRE. ”
-------------------------	--

Paso 1: Nosotros automáticamente pasamos su caso a la organización de evaluación Independiente.

- A nosotros se nos requiere que enviemos la información para su apelación del Nivel 2 a la Organización de evaluación Independiente dentro de 24 horas a partir de que le notifiquemos que no a su primera apelación. (Si usted piensa que no estamos cumpliendo con estas fechas límites u otras fechas límites, usted puede someter otra queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 1 de este capítulo le dirá como someter una queja.)

Paso 2: La organización de evaluación Independiente hace una “evaluación rápida” de su apelación. Los evaluadores le darán una contestación dentro de 72 horas.

- **La organización de evaluación Independiente es una organización independiente externa la cual es contratada por Medicare.** Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía escogida por Medicare para manejar el trabajo de ser quien vigile el trabajo de la organización de Evaluación Independiente.
- Los evaluadores de la Organización de evaluación Independiente tomaran una Mirada cuidadosa a toda la información relacionado con su apelación.
- **Si esta organización contesta *si* a su apelación,** entonces nuestra plan deberá reembolsarle a usted (pagarle de vuelta) por su parte de los costos de cuidados de hospital que recibió desde la fecha de su alta planificada. Nosotros también continuaremos brindando cubierta por los servicios de hospital por el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cubierta, estas podrían limitar cuanto le reembolsaremos o por cuanto tiempo cubriremos sus servicios.
- **Si esta organización contesta *no* a su apelación,** esto significa que ellos están de acuerdo con nuestro plan de que el alta planificada del hospital era médicamente

apropiado. (Esto es llamado “absteniéndose de la decisión.” también es llamado “rechazando su apelación.”)

- La notificación que usted recibe de la organización de evaluación Independiente le dirá por escrito lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de evaluación. Le dará a usted los detalles sobre como pasar al Nivel 3 de Apelaciones.

Paso 3: Si la organización de evaluación Independiente rechaza su apelación, usted puede escoger si quiere llevar más haya su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2. Si los evaluadores dicen no a su Nivel 2 de Apelaciones, usted puede decidir decide si acepta esa decisión o si va someter otra apelación en el nivel 3. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
- Sección 9 en este capítulo le dirá más sobre los Niveles 3, 4, y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Tomando su Apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4, y 5 para Apelaciones
--

Esta SECCIÓN puede se apropiada para usted si usted ha sometido Apelación en el Nivel 1 y Nivel 2, y ambas Apelaciones han sido denegadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el cual apelo cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a un nivel adicional de apelaciones. Si el valor en dólares es menos del nivel mínimo, usted no puede apelar más allá. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que recibe a su Apelación del Nivel 2 le explica a quien contactar y que preguntar en el Nivel 3 de Apelaciones.

Para la mayoría de las situaciones que envuelven apelaciones, los últimos tres niveles de apelación trabajan más o menos de la misma manera. Estos son los que manejan la evaluación de su apelación en cada una de estos niveles.

Nivel 3 de Apelación	Un juez que trabaja para el gobierno federal será quien evalúe su Apelación y le dará respuesta. Este juez es llamado un “Juez de Leyes Administrativas.”
Nivel 4 de Apelación	El Concilio de Apelaciones de Medicare evaluara su Apelación y le dará una respuesta. El Concilio de Apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno Federal.
Nivel 5 de	Un juez en el Corte Federal de Distrito evaluara su Apelación.

Apelaciones	Este es el último paso del proceso de Apelaciones.
--------------------	--

- Este es el último paso del proceso administrativo de Apelaciones.

Sección 9.2	Niveles de Apelación 3, 4, y 5 para Apelaciones para la Parte D de medicamentos
--------------------	--

Esta SECCIÓN puede ser apropiada para usted si usted ha sometido Apelación en el Nivel 1 y Nivel 2, y ambas Apelaciones han sido denegadas.

Si el valor monetario del medicamento por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, puede que sea posible que usted pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es menor que el nivel mínimo, usted no podrá apelar más allá. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, la contestación escrita que usted reciba por su Apelación de Nivel 2 le explicará a quien contactar y qué hacer para solicitar una Apelación del Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que envuelven una Apelación, los últimos tres niveles de Apelación funcionan de cierta manera de la misma forma. Estos son los que manejan la Evaluación de su Apelación en cada uno de estos niveles.

Nivel 3 de Apelación	Un juez que trabaja para el gobierno federal será quien evalúe su Apelación y le dará respuesta. Este juez es llamado un “Juez de Leyes Administrativas.”
-----------------------------	--

- **Si la contestación es que si, el proceso de Apelación termina.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado.
- **Si la contestación es que no, el proceso de Apelación puede o no haber terminado.**
 - Si usted acepta esta decisión de denegación de su Apelación, el proceso de Apelación ha terminado.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de Evaluación. Si el juez administrativo dice que no a la apelación, la notificación que usted recibirá le dirá que hacer después si usted decide continuar con su Apelación. Cada vez que el evaluador dice no a su Apelación, la notificación que recibirá usted le dirá si las reglas le permiten pasar a otro nivel de Apelación. Si las reglas le permiten continuar, la notificación escrita también le dirá a quien contactar y qué hacer si decide continuar con su Apelación.

Nivel 4 de Apelación	El Concilio de Apelaciones de Medicare evaluará su Apelación y le dará una respuesta. El Concilio de Apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno Federal.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es sí, el proceso de Apelaciones termina.** Lo que usted solicitó en la Apelación fue aprobado.
- **Si la respuesta fue no, el proceso *puede que no se haya terminado.***
 - Si usted decide aceptar esta decisión donde se le deniega su Apelación, el proceso de Apelación ha terminado.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, usted pudiera continuar en el próximo nivel del proceso de Evaluación. Dependerá de su situación. Si el Concilio de Apelaciones de Medicare deniega su apelación o se niega a su solicitud de revisión de su Apelación, la notificación que usted recibirá le dirá si las reglas le permiten pasar al Nivel 5 de Apelaciones. Si las reglas se lo permiten, la notificación escrita también le dirán a quien contactar y qué hacer después si usted escoge continuar con su Apelación.

**Nivel 5 de
Apelaciones**

Un juez en el **Corte Federal de Distrito** evaluará su Apelación.
Este es el último paso del proceso de Apelaciones.

- Este es el último paso del proceso administrativo de Apelaciones.

SOMETIENDO QUEJAS

SECCIÓN 10 **Como someter una queja sobre la calidad del cuidado, tiempos de espera, servicio al cliente, u otra preocupación**



Si su problema es sobre decisiones relacionadas con sus beneficios, cubierta, o pagos, entonces esta SECCIÓN *no es para usted*. En vez, usted necesita seguir el proceso de decisión de cubierta. Vaya a la SECCIÓN 4 de este Capítulo.

Sección 10.1

¿Qué tipo de problemas son manejados por el proceso de quejas?

Esta SECCIÓN explica cómo usar el proceso para someter una queja. Esta Sección explica cómo utilizar el proceso para someter quejas. El proceso de quejas es usado solo para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de

espera, y el servicio al cliente que recibe. Aquí hay ejemplos de los tipos de problemas que son manejados por el proceso de quejas.

Si usted tiene alguno de estos problemas,
puede “someter una queja”

Calidad de su cuidado médico

- ¿Esta disgustado con la calidad del cuidado médico que ha recibido (incluyendo cuidado médico en un hospital)?

Respeto a su privacidad

- ¿Usted entiende que alguien no respeto su derecho a privacidad o compartió información sobre usted que entiende debe ser confidencial?

Falta de respeto, servicio al cliente de pobre calidad o algún otro comportamiento negativo

- ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted?
- ¿Esta disgustado con la forma en que nuestro Departamento de Servicios al Cliente lo ha tratado?
- ¿Siente que lo están exhortando a desafilarse del plan?

Tiempos de espera

- ¿Ha tenido problemas para sacar una cita o ha esperado mucho tiempo para conseguirla?
- ¿Algún médico, farmacéutico o profesional de la salud ha hecho que espere demasiado tiempo? ¿O ha tenido que esperar demasiado por servicios al cliente o algún otro empleado de nuestro plan?
- Ejemplos incluyen esperar mucho en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de pruebas o cuando busca un receta médica.

Limpieza

- ¿Esta disgustado con la limpieza o condición de una clínica, hospital u oficina médica?

Información que recibe de nuestro plan

- ¿Usted entiende que no le hemos enviado alguna notificación que estemos requeridos a enviarle?
- ¿Usted entiende que la información escrita que le hemos dado es difícil de entender?

Posibles quejas

(continuación)

Los siguientes tipos de quejas están relacionados a la *duración de tiempo* que tomamos en acciones referentes a decisiones de cubierta o apelaciones

El proceso de cómo solicitar una decisión de cubierta o someter una apelación se explica en las Secciones 4-9 de este capítulo. Si usted está solicitando una decisión o sometiendo una apelación, utilice ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si usted ya solicitó una decisión de cubierta o sometió una apelación, y entiende que el plan no responde con prontitud, usted puede someter una queja con respecto a nuestra tardanza. Aquí hay ejemplos:

- Si nos ha solicitado una “respuesta rápida” a una decisión de cubierta o apelación y nosotros le hemos dicho que no, usted puede someter una queja.
- Si entiende que nuestro plan no está cumpliendo con fechas límite para darle una decisión de cubierta o contestar una apelación que usted ha sometido, puede someter una queja.
- Hay fechas límites que aplican cuando se hace una revisión a una decisión de cubierta y se le indica a nuestro plan que debemos cubrir o hacerle un reembolso por ciertos servicios médicos o medicamentos. Si usted entiende que no estamos cumpliendo con estas fechas límite, puede someter una queja.
- Cuando nuestro plan no le provee una decisión a tiempo, estamos requeridos a enviarle su caso a una Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos durante el tiempo límite requerido, puede someter una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para “someter una queja” es “someter una querella”

Términos Legales

- Lo que esta SECCIÓN llama una “queja” es también llamada “querella.”
- Otro termino para “someter una queja” es “someter una querella.”
- Otra manera de decir “usando el proceso de quejas” es “usando el proceso para someter una querella.”

Sección 10.3 Paso a paso: Sometiendo una queja

Paso 1: Contáctenos prontamente – ya sea por teléfono o por escrito.

Usualmente, llamando a Servicios al Cliente es el primer paso. Si hay algo más que necesita hacer, Servicios al Cliente le dejara saber. Favor de llamar a nuestra línea de servicio 1-888-620-1919 (llamadas a este número son gratis)

TTY: 1-866-620-2520, Lunes a Domingo de 8:00 am a 8:00pm

- **Si usted no desea llamar (o usted llama y no fue satisfactoria), usted puede poner su queja por escrito y enviarlo a nosotros.** Si usted hace esto, significa que nosotros usaremos nuestro *proceso formal* para contestar querellas. Así es como funciona:

Si tiene una queja, usted o su representante pueden llamar al número de teléfono que aparece en la Parte C Querellas o la Parte D de Querellas. Trataremos de resolver cualquier queja que tenga por teléfono. Si solicita una respuesta por escrito a su queja por teléfono, le responderemos por escrito. **Si no puede resolver su queja por teléfono, tenemos un procedimiento formal para revisar quejas. Le llamamos procedimiento de Querellas.** Toda queja será resuelta en 30 días. Si su salud, vida o habilidad de recuperar funciones al máximo se vería afectada por el proceso estándar, expediremos su querella y la resolveremos en 72 horas. Puede comunicarse con Servicio al Cliente llamando al número que aparece en la portada de este folleto. También puede enviar su queja escrita por fax al 797-620-0929; enviarla por correo a American Health Medicare, PO Box 11320, San Juan, Puerto Rico 00922 o visitarnos en Metro Office Park, Lote 18, Suite 300, Guaynabo, Puerto Rico 00966. Si usted ha designado un representante para que someta su queja o querella, él/ella tendrá que presentar una Declaración de Designación que incluya su nombre, su número de Medicare, una declaración que designe a la persona como su representante (“Yo, (nombre del afiliado) designo a (nombre del representante) para actuar como mi representante para someter una queja a mi nombre. Usted

y su representante tienen que firmar y fechar el documento. Si no provee este documento, nuestra respuesta podría retrasarse.

A usted o a su representante se le pedirá que firme un Relevó de Récord Médico si American Health Medicare piensa que es necesario verlos para poder resolver su queja/querella.

Nosotros tenemos que notificarle nuestra decisión respecto a su queja tan pronto como su caso lo requiera basado en su estado de salud, pero no más tarde de 30 días calendario a partir de recibir su queja. Este límite de tiempo podría extenderse por hasta 14 días más, si usted solicita la extensión o si nosotros justificamos la necesidad de información adicional y el retraso va en su mejor interés. Si usted está insatisfecho con nuestra determinación y su queja/querella no era con relación a calidad de cuidado o calidad de servicio, usted puede solicitar una vista ante el Comité de Manejo de Calidad. La vista se pautará para 14 días calendario a partir de su solicitud. A usted se le notificará la fecha de la vista al menos 5 días laborables previos a la visita. Asuntos de calidad de cuidado/calidad de servicio son resueltos a través del Comité de Revisión de Iguales y a usted se le notificará el resultado por escrito.

Debemos manejar su querella tan rápido como requiera su caso basado en su estatus de salud, pero no más tarde de 30 días luego de recibir su queja. Podemos extender el periodo hasta unos 14 días si usted solicita una extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y el atraso es en su mejor interés.

La querella debe ser sometida dentro de 60 días del incidente. Debemos manejar su querella tan rápido como requiera su caso basado en su estatus de salud, pero no más tarde de 30 días luego de recibir su queja. Podemos extender el periodo hasta unos 14 días si usted solicita una extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y el atraso es en su mejor interés.

- **Así sea llamando o escribiendo, usted debería contactar Servicios al Cliente de inmediato.** La queja deberá ser hecha dentro de 60 días después de que tuvo su problema por el cual se quejo.
- **Si usted está sometiendo una queja por nosotros haber negado su solicitud de “respuesta rápida” para una decisión de cubierta o apelación, nosotros automáticamente le dimos una queja “rápida”.** Si usted tiene una queja “rápida”, esto significa que nosotros le daremos **una contestación dentro de 24 horas.**

Términos Legales	Lo que esta SECCIÒN le llama una “ queja rápida ” es llamada también una “ querella rápida. ”
-------------------------	---

Paso 2: Nosotros veremos su queja y le daremos una respuesta.

- **Si es posible, nosotros responderemos de inmediato.** Si usted nos llama por una queja, nosotros podríamos darle una contestación en la misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que contestemos rápido, nosotros lo haremos.
- **La mayoría del las quejas son contestadas en 30 días, pero podríamos tomar hasta 44 días.** Si nosotros necesitamos más información y el retraso es de su mejor interés o si usted solicita más tiempo, nosotros podemos tomar hasta 14 días adicionales (44 días en total) para contestar su queja.
- **Si nosotros no estamos de acuerdo** con algo o toda su queja o no tomamos responsabilidad por el problema por el cual usted esta quejándose, nosotros le dejaremos saber. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones por la contestación. Nosotras deberíamos responderle aunque nosotros estemos de acuerdo con la queja o no.

Sección 10.4	Usted también puede quejarse sobre la calidad de cuidado con la Organización de Mejoras a la Calidad
---------------------	---

Usted puede hacer su queja sobre calidad de cuidado que usted recibió por nuestro plan usando el proceso de paso a paso que se subraya arriba.

Cuando su queja es sobre la *calidad del cuidado*, usted también tiene dos opciones extra:

- **Usted puede someter su queja a la Organización de Mejoramiento de Calidad.** Si usted prefiere, usted puede someter su queja sobre la calidad de cuidado que recibió directamente a esta organización (sin someter la queja a nuestro plan). Para encontrar el nombre, dirección, y número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad en su estado, favor de ver Capítulo 2, Sección 4, de este manual. Si usted hace una queja a esta organización, nosotros trabajaremos junto con ellos para resolver su queja.
- **O usted puede someter una queja a ambos al mismo tiempo.** Si usted desea, puede someter una queja acerca de la calidad de cuidado de nuestro plan y también a la Organización de Mejoramiento de Calidad.

Capítulo 10. Terminando su afiliación con el plan

SECCIÒN 1	Introducción	170
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la terminación de afiliación a nuestro plan.....	170
SECCIÒN 2	¿Cuándo puede usted terminar su afiliación a nuestro plan?	170
Sección 2.1	Usted puede terminar su afiliación durante el Periodo Anual de Afiliación	170
Sección 2.2	Usted puede cancelar su membresía durante el Periodo Abierto de Afiliación de Medicare Advantage, pero sus opciones de planes serán más limitados	171
Sección 2.3	En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Periodo de Afiliación Especial.....	172
Sección 2.4	¿Donde puede usted conseguir más información sobre cuando usted puede cancelar su membresía?.....	173
SECCIÒN 3	¿Como usted cancela su membresía en nuestro plan?	173
Sección 3.1	Usted termina su membresía afiliándose a otro plan	173
SECCIÒN 4	Hasta el momento que su afiliación termine, usted deberá seguir recibiendo sus medicamento a través de nuestro plan	174
Sección 4.1	Hasta que su afiliación termine, usted sigue siendo un afiliado de nuestro plan.....	174
SECCIÒN 5	AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP) debe terminar su afiliación en el plan en ciertas situaciones	175
Sección 5.1	¿Cuándo debemos terminar su afiliación en el plan?.....	175
SECCIÒN 5.2	Usted tiene el derecho a someter una queja si nosotros terminamos su afiliación a nuestro plan	176

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la terminación de afiliación a nuestro plan
--

Terminar su afiliación con *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)* podría ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su elección):

- Usted podría salir del plan por que usted ha decidido que se *quiere* ir.
 - Solo hay ciertas veces durante el año, ciertas situaciones, cuando voluntariamente termina su afiliación al plan. La Sección 2 habla sobre *cuando* usted puede terminar su afiliación al plan.
 - El proceso voluntario de finalizar su afiliación varía dependiendo de qué tipo de cubierta nueva que usted estará escogiendo. La Sección 3 le habla sobre *como* terminar su afiliación en cada situación.
- También hay situaciones limitadas donde usted no escoge salir, pero nosotros estamos obligados a terminar su afiliación. La Sección 5 habla sobre situaciones cuando nosotros debemos terminar su afiliación.

Si usted está saliendo de nuestro plan, usted debe continuar recibiendo sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan hasta que su afiliación termine.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted terminar su afiliación a nuestro plan?

Usted puede terminar su afiliación a nuestro plan solo durante ciertos momentos del año, conocido como periodo de afiliación. Todos los afiliados tienen la oportunidad de salir del plan durante el Periodo Anual de Afiliación. En ciertas situaciones, usted también podría ser elegible para salir del plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Usted puede terminar su afiliación durante el Periodo Anual de Afiliación

Usted puede terminar su afiliación durante el **Periodo Anual de Afiliación** (también conocido como el “Periodo Anual de Elección Coordinada”). Este es el tiempo donde usted deberá evaluar su cubierta de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cubierta para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Periodo Anual de Afiliación?** Esto sucede desde Noviembre 15 hasta Diciembre 31 en el 2010.

- **¿A qué tipo de plan se puede usted cambiar durante el Periodo Anual de Afiliación?** Durante este Periodo, usted puede revisar su cubierta de salud y su cubierta de medicamentos recetados. Usted puede elegir mantener su cubierta actual o hacer cambios a su cubierta para el año próximo. Si usted decide cambiarse a un nuevo plan, Usted puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra medicamentos recetados o un plan que no cubra medicamentos recetados.)
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare
 - – o – Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare

Nota: Si usted se desafilia de un plan de medicamentos recetados de Medicare y va sin cubierta de medicamentos recetados acreditable, usted podría necesitar pagar una penalidad por afiliación tardía si usted se afilia a un plan de medicamentos luego. (Cubierta “Acreditable” significa que la cubierta es por lo menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare).
- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía terminará cuando la cubierta de su Nuevo plan comience en Enero 1.

Sección 2.2	Usted puede cancelar su membresía durante el Periodo Abierto de Afiliación de Medicare Advantage, pero sus opciones de planes serán más limitados
--------------------	--

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cubierta de salud durante el **Periodo Abierto de Afiliación de Medicare Advantage**.

- **Cuando es el Periodo Abierto de Afiliación de Medicare Advantage?** Esto ocurre todos los años desde enero 1 hasta febrero 14.
- **A qué tipo de plan puede usted cambiar durante el Periodo de Afiliación Abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede cancelar su afiliación a Medicare Advantage y cambiar a Medicare Original. Si usted decide cambiar a Medicare Original, puede escoger un plan separado de Medicamentos Recetados al mismo tiempo.
- **Cuando Terminará su Membresía?** Su membresía terminará el primer día del mes luego de que recibamos su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si además escoge afiliarse a un plan de Medicamentos Recetados de Medicare, su membresía en el plan comenzará a la misma vez.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Periodo de Afiliación Especial
--------------------	---

En ciertas situaciones, los afiliados de *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)* podrían ser elegibles para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto es conocido como un **Periodo Especial de Afiliación**.

- **¿Quién es elegible para un Periodo de Afiliación Especial?** Si alguna de las siguientes situaciones le aplica, entonces usted es elegible para cancelar su membresía durante un Periodo de Afiliación Especial. Estos son solo ejemplos, para la lista completa, usted puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página de Internet de Medicare (<http://www.Medicare.gov>):
 - Si usted se ha mudado fuera del área de servicio de su plan.
 - Si usted tiene Medicaid.
 - Si usted es elegible para Ayuda Adicional para pagar sus recetas de Medicare.
 - Si usted vive en una facilidad, tal como un hogar de cuidado.
- **¿Cuándo son los Periodos de Afiliación Especial?** Los periodos de afiliación pueden variar dependiendo de su situación.
- **¿Qué puede hacer usted?** Si usted es elegible para cancelar su membresía por una situación especial, usted puede escoger cambiar su cubierta de Salud Medicare y su cubierta de medicamentos recetados. Esto significa que usted puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare
 - Otro plan de Medicare Advantage. (Puede escoger un plan que cubra medicamentos recetados o un plan que no cubra medicamentos recetados.)
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare
 - – o – Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare

Nota: Si usted se desafilia de un plan de medicamentos recetados de Medicare y va sin cubierta de medicamentos recetados acreditable, usted podría necesitar pagar una penalidad por afiliación tardía si usted se afilia a un plan de medicamentos luego. (Cubierta “Acreditable” significa que la cubierta es por lo menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare).
- **Cuando terminará su membresía?** Su membresía usualmente terminará el primer día del mes después que nosotros recibamos su solicitud de cambiar su plan.

Sección 2.4 ¿Donde puede usted conseguir más información sobre cuando usted puede cancelar su membresía?

Si usted tiene alguna pregunta o le gustaría más información sobre cuando usted puede cancelar su membresía:

- Usted puede **llamar a Servicios al Cliente** (los números de contacto están en la portada).
- Usted puede encontrar la información en el Manual de **Medicare y Usted 2011**.
 - Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos beneficiarios de Medicare lo reciben durante el periodo de un mes luego de haberse inscrito inicialmente.
 - Usted también puede descargar una copia desde la página de Internet de Medicare (<http://www.Medicare.gov>). O, usted puede ordenar una copia impresa llamando a Medicare al número a continuación.
- Usted puede contactar a **Medicare** al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de TTY deben de llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 ¿Como usted cancela su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Usted termina su membresía afiliándose a otro plan

Usualmente, para cancelar su afiliación con nuestro plan, usted simplemente tiene que afiliarse a otro plan de Medicare durante uno de los periodos de afiliación (vea la Sección 2 para más información acerca de periodos de afiliación). Una excepción es cuando usted quiere cambiar de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de de medicamentos recetados de Medicare. En esta situación, usted debe contactar a Servicios al Cliente de *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)* y solicitar la desafiliación de nuestro plan.

La tabla más abajo explica como usted debe terminar su afiliación en nuestro plan.

Si usted desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe de hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de Medicare Advantage.	<ul style="list-style-type: none">• Afiliarse en un nuevo plan de Medicare Advantage. <p>Usted automáticamente será desafiado de <i>AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)</i></p>

Si usted desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe de hacer:
	cuando la cobertura de su nuevo plan comience.
<ul style="list-style-type: none">• Medicare Original con un plan separado de Medicamentos Recetados.	<ul style="list-style-type: none">• Afiliarse en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Usted automáticamente será desafiado de <i>AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)</i> cuando la cobertura de su nuevo plan comience.
<ul style="list-style-type: none">• Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Contactar a Servicios al cliente y solicitar su desafiación del plan (Los números de contacto se encuentran en la portada).• Usted también puede contactar a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar ser desafiado. Usuarios de TTY Deben llamar al 1-877-486-2048.• Usted será desafiado de <i>AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)</i> cuando la cobertura de Medicare Original comience.

SECCIÓN 4 **Hasta el momento que su afiliación termine, usted deberá seguir recibiendo sus medicamento a través de nuestro plan**

Sección 4.1 Hasta que su afiliación termine, usted sigue siendo un afiliado de nuestro plan

Si usted abandona *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)*, podría tomarse tiempo antes de que su afiliación termine y su nueva cubierta Medicare tome efecto. (Ver SECCIÓN 2 para información

sobre cuando su nueva cobertura comienza.) Durante este tiempo, usted debe continuar recibiendo su cuidado médico y sus medicamentos a través de nuestro plan.

- **Usted debe continuar usando nuestra red de farmacias para que le despachen su receta hasta que su membresía con nuestro plan termine.** Usualmente, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si son despachados en una farmacia de la red, incluyendo nuestro servicio de orden por correo.
- **Si usted es hospitalizado el día que termina su membresía, su hospitalización usualmente estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (aun si es dado de alto luego de que su nueva cubierta comience.).

SECCIÓN 5 *AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)* debe terminar su afiliación en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su afiliación en el plan?
--

***AHM_PLATINO PLUS (HMO SNP)* debe terminar su afiliación en el plan si alguna de las siguientes situaciones sucede:**

- Si usted no se mantiene continuamente afiliado a Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted se muda fuera del área de servicio del plan por más de seis meses.
 - Si usted se muda o se va en un viaje por mucho tiempo, usted necesita llamar a Servicios al Cliente para verificar si el lugar donde se está mudando esta en el área de nuestro plan.
 - El capítulo 3, sección 2.3 le da más información de cómo obtener cuidado cuando estas fuera del área de servicio.
- Si usted miente u omite información acerca de otros seguros que usted tenga que provean cubierta de medicamentos recetados.
- Si usted intencionalmente nos da una información incorrecta al momento de su afiliación en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si usted continuamente se comporta de una manera que es alborotosa y que nos dificulta proveerle cuidados a usted y a otros miembros de nuestro plan.
 - Nosotros no podemos hacer que se desafilie de nuestro plan por esta razón a menos que tengamos el permiso de Medicare primero.
- Si usted permite que alguien más use su tarjeta de membresía para conseguir medicamentos recetados.

- Si nosotros terminamos sus afiliación por esta razón, Medicare podría hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Usted no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se estipulan en el Capítulo 1, sección 2.1.

¿Dónde puede usted conseguir más información?

Si usted tiene preguntas o le gustaría obtener más información sobre cuando nosotros podemos terminar su afiliación:

- Usted puede llamar a Servicios al Cliente para más información (los números de contacto están en la portada).

SECCIÓN 5.2 Usted tiene el derecho a someter una queja si nosotros terminamos su afiliación a nuestro plan
--

Si nosotros terminamos su afiliación a nuestro plan, nosotros debemos informarle nuestras razones por escrito por las cuales su afiliación fue terminada. Nosotros también debemos explicarle como someter una queja sobre nuestra decisión de terminar su afiliación. Usted también puede buscar en el Capítulo 9, SECCIÓN 10 información sobre como someter una queja.

Capítulo 11. Notificaciones Legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes que nos regulan	178
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no-discriminación.....	178

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes que nos regulan

Hay diferentes leyes que aplican a esta Evidencia de Cubierta. También hay provisiones adicionales que pueden aplicar porque son requeridas por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aún Cuando dichas leyes no se han incluido ni se han explicado en este documento. La ley principal que aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid, (CMS) a tono con la Ley del Seguro Social. Además, hay otras leyes federales que pueden aplicar y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico también pueden ser aplicadas.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no-discriminación

No discriminamos por motivos de raza, incapacidad, religión, sexo, preferencia sexual, salud, origen étnico, credo, edad, o nacionalidad de las personas. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage o planes de Medicamentos Recetados de Medicare, como nuestro Plan, tienen que obedecer las leyes federales en contra del discrimen, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discrimen por Edad de 1975, la Ley de ciudadanos con Impedimentos y todas las otras leyes que aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, además de las leyes y reglamentos que apliquen por cualquier otra razón.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación – Una apelación es un tipo especial de queja que usted hace Cuando no está de acuerdo con alguna decisión denegando su solicitud de servicios de salud o el pago por algún servicio que ya usted recibió. También puede quejarse si no está de acuerdo con una decisión mediante la cual se suspende un servicio que ya está recibiendo. Por ejemplo, usted puede solicitar una apelación si Medicare no paga por un artículo, servicio o medicamento que usted cree tener derecho a recibir.

Área de Servicio –El “área de servicio” es el área geográfica aprobada por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) dentro de la cual un individuo elegible puede afiliarse a un Plan de Salud de Medicare.

Autorización Previa- Aprobación previa antes de recibir ciertos medicamentos que pueden o no estar incluidos en el formulario. Algunos medicamentos sólo están cubiertos si su médico u otro proveedor del plan obtienen “pre autorización” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que requieren pre autorización están marcados en el formulario.

Afiliado (afiliado de nuestro Plan, o “afiliado del plan”) – Un beneficiario de Medicare que es elegible a recibir los servicios cubiertos, que es afiliado de nuestro Plan y cuya afiliación ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS).

Cubierta Catastrófica – La fase en el beneficio de Medicamentos de la Parte D donde usted paga un copago o coaseguro bajo por sus medicamentos, luego de que usted u otras personas que paguen a su favor hayan gastado durante el año \$4,550.00 en medicamentos cubiertos.

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) – La agencia Federal que administra el programa de Medicare. En la Sección 2 encontrará información de cómo comunicarse con CMS.

Costo-compartido - Costo-compartido se refiere a las cantidades que debe pagar un afiliado cuando recibe servicios/medicamentos. Incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier deducible impuesto por un plan antes de comenzar a cubrir los medicamentos/servicios; (2) las cantidades de “copagos” fijos que puede requerirle un plan al recibir ciertos servicios/medicamentos en específico; o (3) las cantidades de “Coaseguros” que deben ser pagadas como un por ciento del costo total de un medicamento/servicio.

Cubierta Acreditable de Medicamentos Recetados – Cubierta de medicamentos (por ejemplo, de un patrono o unión) que se espera pague tanto como la cubierta de medicamentos recetados de Medicare

Cubierta de Medicamentos Recetados (Medicare Parte D) – Seguro que lo ayuda a pagar sus medicamentos recetados ambulatorios, vacunas, biológicos y algunos abastecimientos que no se cubre con las Partes A y B de Medicare.

Cuidado de Custodia – cuidado de necesidades personales más bien que para necesidades médicas. Cuidado de custodia es un cuidado que puede ser provisto por personas que no tienen adiestramiento o destrezas profesionales. Este cuidado asiste a las personas al caminar, vestirse, bañarse, comer, la preparación de dietas especiales, y tomarse los medicamentos. Medicare no cubre cuidado de custodia a menos que sea provisto con otro cuidado que esté recibiendo en una facilidad de cuidado diestro o de servicios de rehabilitación.

Cuidado de Emergencia – Los servicios cubiertos son aquellos que: 1) prestado por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) necesitado para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Cubierta de Medicamentos Recetados (Medicare Parte D) – Seguro que lo ayuda a pagar sus medicamentos recetados ambulatorios, vacunas, biológicos y algunos abastecimientos que no se cubre con las Partes A y B de Medicare.

Cuidado Necesario Urgente – Cuidado necesario urgente es una situación que no es de emergencia cuando usted necesita cuidado médico de inmediato por una enfermedad, lesión o condición que usted no anticipó o esperaba, y su salud no está en grave peligro. Por tal razón no es razonable para usted obtener cuidado médico de un proveedor de la red.

Determinación de Cubierta – El Plan hace una determinación de cubierta Cuando toma una decisión sobre los medicamentos recetados que usted puede recibir bajo el Plan y la cantidad que debe pagar por esos medicamentos. Por lo general, no es una determinación de cubierta si usted lleva una receta a la farmacia y la farmacia le informa que los medicamentos no están cubiertos

Deducible – La cantidad de dinero que usted debe pagar por los medicamentos/servicios que recibe antes de que el Plan comience a pagar por los medicamentos/ servicios cubiertos.

Desafiliar o Desafiliación – El proceso de terminar su afiliación. La desafiliación puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (Cuando no es su decisión). En la Sección 6 explicamos la desafiliación.

Determinación de la Organización – La organización MA hace una determinación de la organización cuando ésta, o uno de sus proveedores, toman una decisión en cuanto a los servicios de MA o algún pago por servicios que usted cree tener derecho a recibir.

Equipo Médico Duradero – El equipo que se necesita por razones médicas, para usarse en el hogar. Algunos ejemplos de equipo médico duradero son: andadores, sillas de ruedas y camas de hospital.

Evidencia de Cubierta y Divulgación de Información – Este documento junto a su solicitud de afiliación y cualquier otro anejo, endoso u otra cubierta opcional que usted haya seleccionado que explican los servicios cubiertos, describe nuestras obligaciones y le explica sus derechos y responsabilidades como afiliado de nuestro Plan.

Excepción – Un tipo de determinación de cubierta que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario), u obtener un medicamento no-preferido al mismo nivel de copago del medicamento preferido (una excepción en el nivel de copagos). También puede pedir una excepción si le requerimos probar otro medicamento antes de recibir el que solicita, o si el Plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción del formulario).

Farmacia de la Red – Es una farmacia donde los afiliados de nuestro Plan pueden recibir el beneficio de sus medicamentos recetados. Les llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro Plan. En la mayoría de los casos, solo cubriremos sus recetas si las adquiere en una de las farmacias de nuestra red de proveedores.

Farmacia Fuera de la Red – Una farmacia con la que no hemos hecho arreglos para que coordinen o provean los medicamentos cubiertos a los asegurados de nuestro plan. Como explicamos en esta Evidencia de Cubierta, la mayoría de los servicios que reciba de farmacias que no pertenecen a nuestra red no están cubiertos por el Plan, excepto bajo ciertas condiciones.

Límite de Cantidades – Una herramienta administrativa que ha sido diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones calidad, seguridad, o utilización. El límite puede ser sobre la cantidad de medicamento que cubrimos por cada receta o por un período de tiempo definido.

Lista de Medicamentos Cubiertos (“Formulario o Lista de Medicamentos”) – Una lista de los medicamentos cubiertos provistos por el Plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

Límite de Cubierta Inicial – El límite máximo de cubierta bajo el período inicial de cubierta.

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

Medicamentos Cubiertos – El término general que usamos Cuando hablamos de todos los medicamentos recetados que cubre nuestro Plan.

Medicamento Genérico – Un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) y posee los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos cuestan menos que los medicamentos de marca.

Medicamento Necesario – Servicios o suministros que son apropiados y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica; son utilizados para el diagnóstico, cuidado directo y tratamiento de su condición médica; cumplen con los estándares de la comunidad local

en cuanto a las buenas prácticas en la medicina; y no son provistos principalmente para su conveniencia o la de su médico.

Medicare – El programa de seguro de salud Federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con incapacidades y personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (por lo general, son personas con fallo renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Medicamentos de la Parte D – El Congreso de los EE.UU. nos permite ofrecer estos medicamentos como parte del beneficio estándar de medicamentos recetados de Medicare. Puede que ofrezcamos o no ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D. Debe referirse a su formulario para una lista de los medicamentos cubiertos

Nivel de Costo-compartido – Cada Medicamento en la lista de medicamentos cubiertos esta en uno de 2 niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido de su medicamento, mas alto será el costo de su medicamento.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) – Grupos de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para monitorear y mejorar el cuidado que se brinda a los pacientes de Medicare. Ellos revisan sus quejas acerca de la calidad del cuidado que ofrecen los Proveedores de Medicare. En el Capítulo 2 le explicamos lo que debe hacer para comunicarse con el QIO en Puerto Rico.

Período de Beneficio – Tanto para nuestro Plan como para el Plan de Medicare Tradicional, un período de beneficios se utiliza para determinar la cubierta de estadía en hospitales y en centros de cuidado diestro de enfermería. Un período de beneficios comienza el primer día en que usted es recluido en un hospital o un centro de cuidado diestro de enfermería cubierto por Medicare. Un período de beneficios termina cuando usted no ha estado recluido en un hospital o un SNF durante 60 días consecutivos. Si tiene que acudir a un hospital (o un SNF) luego de haber terminado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en cuanto al número de períodos de beneficios que usted pueda tener.

El tipo de cuidado que reciba durante su estadía determina si usted será considerado como paciente interno en un hospital o en un SNF. Usted debe ser admitido a un hospital como paciente interno y no bajo observación. Se le considera como paciente interno en un SNF, cuando los servicios que recibe en ese lugar cumplen con ciertos estándares de cuidado diestro. Específicamente, para ser paciente interno en un SNF, usted debe necesitar diariamente cuidado diestro de enfermería, cuidado diestro de rehabilitación, o ambos.

Período Inicial de Cubierta – Esta es el periodo luego de que usted ha cumplido con su deducible y antes de que el total de sus gastos por medicamentos llegue a \$2,840, incluyendo las cantidades que usted ha pagado y lo que nuestro Plan ha pagado a su favor.

Penalidad de Inscripción Tardía – Una cantidad que se añade a su prima mensual de medicamentos recetados de Medicare si usted está un período de tiempo sin cubierta de medicamentos recetados acreditable (cubierta que paga en promedio el estándar que paga

Medicare en su cubierta de medicamentos) de 63 días continuos o más. Usted pagará una cantidad más alta mientras tenga un plan de medicamentos recetados de Medicare. Existen algunas excepciones.

Plan “Medicare Advantage”– Algunas veces lo conocemos como Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que le brinda los beneficios de Medicare Parte A (Hospital) y Medicare Parte B (Servicios Médicos). Una Organización Medicare Advantage puede ofrecer uno o más Planes Medicare Advantage en la misma área de servicio. Los planes de Medicare Advantage pueden ser HMO, PPO, Pago por Servicios o Cuentas Medicas de Ahorro de Medicare (MSA). En la mayoría de los casos los planes ofrecen Medicare Parte D (cubierta de medicamentos recetados). Estos planes se conocen como planes de **Plan Medicare Advantage con Cubierta de Medicamentos Recetados** – Las personas que tienen las Partes A y B de Medicare excepto a personas con Enfermedad Renal en Etapa Terminal (algunas excepciones aplican), son elegibles para afiliarse a cualquier Plan de Salud de Medicare que se ofrezca en su área.

Póliza “Medí Gap” (seguro suplementario de Medicare) – Seguro Complementario de Medicare que venden las aseguradoras privadas para llenar ciertas “lagunas” en la cubierta del Plan de Medicare Original. Las pólizas Medí Gap solo funcionan con el Plan de Medicare Original. Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medí Gap.

Proveedor de la Red – “Proveedor” es el término que generalmente usamos para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otras facilidades que están autorizadas o certificadas por Medicare y por el Estado para proveer servicios para el cuidado de la salud. Le llamamos **“proveedores de la red”** cuando han llegado a un acuerdo con nuestro Plan para aceptar nuestra tarifa como pago total, y en algunos casos coordinar, además de proveer, los servicios cubiertos a los afiliados de nuestro Plan. Nuestro Plan les paga a sus proveedores a base de los contratos que tiene con éstos o si los proveedores aceptan brindarle los servicios cubiertos por el Plan. También se conocen como proveedores del plan.

Plan de Medicare Original – Algunas personas le llaman el “Medicare Tradicional” o el “pago-por-servicios” de Medicare. Mucha gente recibe los beneficios para el cuidado de su salud a través del Medicare Original. Es el programa nacional de pago-por-visita que le permite visitar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de servicios para el cuidado de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por ellos y usted paga la suya. El Medicare Original se compone de dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) y está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.

Proveedor fuera la red o facilidad fuera de la red – Un proveedor o facilidad con el cual no tenemos un arreglo para coordinar o proveer servicios cubiertos a los afiliados de nuestro Plan. Proveedores fuera de la red no están empleados, son dueños, u operan nuestro Plan y no tienen contrato para ofrecerle servicios a usted. En el capítulo 3 le explicamos cómo utilizar proveedores o facilidades fuera de la red.

Parte C – refiérase al “Plan de Medicare Advantage (MA)”

Parte D – El programa voluntario de Beneficios para Medicamentos Recetados. (Para facilitar su referencia, nos referimos al nuevo programa de beneficio de medicamentos recetados como la Parte D).

Proveedor de Cuidado Primario (PCP) – Un profesional del cuidado de la salud que usted selecciona para coordinar el cuidado de su salud. Su PCP es responsable de proveer o autorizar los servicios cubiertos mientras usted es afiliado del plan. En el capítulo 3 le ofrecemos más información sobre los PCPs.

Período Inicial de Cubierta – Esta es el periodo luego de que usted ha cumplido con su deducible y antes de que el total de sus gastos por medicamentos llegue a \$2,840, incluyendo las cantidades que usted ha pagado y lo que nuestro Plan ha pagado a su favor.

Penalidad de Inscripción Tardía – Una cantidad que se añade a su prima mensual de medicamentos recetados de Medicare si usted está un período de tiempo sin cubierta de medicamentos recetados acreditable (cubierta que paga en promedio el estándar que paga Medicare en su cubierta de medicamentos) de 63 días continuos o más. Usted pagará una cantidad más alta mientras tenga un plan de medicamentos recetados de Medicare. Existen algunas excepciones.

Querrela – Un tipo de queja que usted somete contra nosotros o alguno de nuestros proveedores, incluyendo quejas relacionadas con la calidad de los cuidados que recibe. Este tipo de queja no envuelve disputas sobre el pago o la cubierta de los beneficios. Refiérase a la Sección 4 para más información sobre las querellas.

Servicios Cubiertos – El término general que utilizamos en este manual cuando hablamos de todos los servicios de cuidado de salud y los suministros cubiertos por nuestro Plan.

Servicios al Cliente – Un departamento dentro de nuestro plan responsable de contestar sus preguntas sobre su afiliación, beneficios, querellas y apelaciones. En el Capítulo 2 puede obtener información de cómo comunicarse con Servicios al Cliente.

Servicios de Rehabilitación – Estos servicios incluyen terapia física, rehabilitación cardiaca, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional que sean provistos bajo la dirección de un proveedor del plan.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) – Un beneficio mensual que paga la Administración del Seguro Social a personas de ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas, o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Terapia Progresiva – Una herramienta de utilización que requiere que usted pruebe primero un medicamento para tratar su condición de salud antes de cubrirle el medicamento que le recetó inicialmente su médico.