

Advantage MD

2024



EVIDENCIA DE COBERTURA

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como miembro de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)

Este manual le proporciona los detalles sobre la cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene consultas sobre este documento, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-877-293-4998. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son del 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Johns Hopkins Advantage MD D-SNP, es ofrecido por Johns Hopkins Advantage MD. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Johns Hopkins Advantage MD. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Johns Hopkins Advantage MD D-SNP.)

Este documento está disponible de manera gratuita en español.

Este material también está disponible en otros formatos (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio). Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para solicitar este material en otro formato.

Es posible que el 1 de enero de 2025 cambien los beneficios o los copagos/coaseguros.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación sobre estos cambios cuando sea necesario. Nosotros notificaremos a los miembros afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima de su plan y la distribución de los costos;
- Sus beneficios en medicina y medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja si usted no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita asistencia; y,
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare.

Y0124_HMO003EOC0923_C

Evidencia de cobertura para el año 2024**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué le hace elegible para ser miembro del plan?.....	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá en relación a su cobertura.....	9
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Johns Hopkins Advantage MD D-SNP	11
SECCIÓN 5 Más Información Sobre su Prima Mensual.....	14
SECCIÓN 6 Mantener su registro de membresía del plan actualizado	15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1 Contactos de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (cómo contactarnos, lo que incluye cómo comunicarse con Servicio de Atención al Cliente)	19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	28
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas para sus preguntas sobre Medicare).....	30
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad	31
SECCIÓN 5 Seguro Social	31
SECTION 6 Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).....	32
SECCIÓN 7 Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	36
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	39
SECCIÓN 9 Puede obtener asistencia del Departamento de Envejecimiento de Maryland (Maryland Department of Aging, MDoA)	39
CAPÍTULO 3: <i>Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos</i>	41
SECCIÓN 1 Aspectos que debe tener en cuenta para obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan.....	42
SECCIÓN 2 Use los proveedores en la red del plan para recibir su atención médica y otros servicios	44
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, necesita atención urgente o durante un desastre	47
SECCIÓN 4 ¿Qué ocurre si le facturan directamente el costo total de sus servicios?	49

Índice

SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica?	50
SECCIÓN 6	Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud	53
SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos	54
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)</i>		56
SECCIÓN 1	Entender los servicios cubiertos.....	57
SECCIÓN 2	Cómo utilizar la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto	58
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP?	108
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan o Medicare?	109
CAPÍTULO 5: <i>Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D</i>		112
SECCIÓN 1	Introducción	113
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan	114
SECCIÓN 3	Sus medicamentos necesitan estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	118
SECCIÓN 4	Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos	120
SECCIÓN 5	¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted desea?.....	121
SECCIÓN 6	¿Qué pasa si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?.....	124
SECCIÓN 7	¿Qué tipo de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	126
SECCIÓN 8	Surtir una receta	127
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	128
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad de medicamentos y la manipulación de medicaciones.....	129
CAPÍTULO 6: <i>Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D</i>		132
SECCIÓN 1	Introducción	133
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento	136
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en cuál etapa de pago se encuentra usted.....	136
SECCIÓN 4	No hay deducible para Johns Hopkins Advantage MD D-SNP	138

Índice

SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial el plan paga la parte que le corresponde por costos de medicamentos y usted paga su parte	138
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de transición de cobertura	143
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga todos los costos de sus medicamentos cubiertos por la Parte D.....	143
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene.....	144
CAPÍTULO 7: <i>Solicitarnos el pago de nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>		146
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos.....	147
SECCIÓN 2	Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que usted ya ha recibido	149
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos.....	150
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		151
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	152
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	165
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>		167
SECCIÓN 1	Introducción	168
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	169
SECCIÓN 3	Para abordar su problema, ¿qué procesos debe usar?	169
SECCIÓN 4	Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare.....	170
SECCIÓN 5	Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones.....	171
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	175
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	183
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía mayor en el hospital si cree que le están dando de alta demasiado pronto	193
SECCIÓN 9	Cómo solicitar que le sigamos brindando cobertura para ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza muy pronto.....	200
SECCIÓN 10	Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	207
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros asuntos	210

Índice

SECCIÓN 12	Manejo de problemas sobre sus beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)	213
CAPÍTULO 10:	<i>Finalizar de su membresía en el plan</i>	215
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan	216
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía con nuestro plan?	216
SECCIÓN 3	Cómo cancela su membresía a nuestro plan	220
SECCIÓN 4	Hasta que su membresía finalice, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.	223
SECCIÓN 5	Johns Hopkins Advantage MD D-SNP debe terminar su membresía con el plan en ciertas situaciones	224
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	226
SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes vigentes	227
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	227
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario	228
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de términos importantes</i>	229

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP, el cual es un plan Medicare Advantage especializado (Plan para Necesidades Especiales)
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Usted está cubierto por Medicare y Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).

- **Medicare** es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- El **Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)** es un programa gubernamental estatal y federal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) varía según el estado y el tipo de Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) que tenga. Algunas personas con Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha escogido recibir la atención médica de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados por medio de nuestro plan, Johns Hopkins Advantage MD D-SNP. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan difieren de los de Original Medicare.

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios se dirigen a personas con necesidades especiales de salud. Johns Hopkins Advantage MD D-SNP está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).

Debido a que recibe asistencia del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) con los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguro), no pagará nada por los servicios de atención médica cubiertos y medicamento necesarios de Medicare. El Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) también puede brindarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos por sus medicamentos recetados de Medicare. Johns Hopkins Advantage MD D-SNP le ayudará a administrar todos estos beneficios, de tal manera que reciba los servicios de atención médica y la asistencia para los pagos que le corresponden.

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP es manejado por una compañía privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan para Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Este plan también tiene un contrato con el programa Medicaid Maryland para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de atención médica de Medicare incluida su cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

La cobertura conforme a este plan califica como Cobertura de Salud que Califica (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento de *Evidencia de cobertura*?

Este documento de *Evidencia de cobertura* le informa cómo obtener su atención médica de Medicare y los medicamentos recetados. También explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro del plan, y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o con un tratamiento.

La palabra *cobertura* y *servicios cubiertos* se refiere a la atención y cuidados médicos así como también los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP.

Es importante que conozca las normas del plan y cuáles servicios están a su disposición. Le recomendamos que se tome un momento para revisar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado, o si tiene preguntas, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Johns Hopkins Advantage MD D-SNP cubre su atención. Otras secciones de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre los cambios a su cobertura o condiciones que afectan a la misma. Estos avisos en ocasiones se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite modificar los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP después del 31 de diciembre de 2024. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Johns Hopkins Advantage MD D-SNP cada año. Usted puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan siempre que elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del mismo.

SECCIÓN 2 ¿Qué le hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que:

- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare
- -- Y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio) Los individuos que están encarcelados no se consideran residentes del área geográfica de servicio aunque físicamente estén dentro del área.
- -- y -- sea ciudadano de Estados Unidos o se encuentre legalmente en Estados Unidos
- -- Y -- cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios del Departamento de Salud Maryland (Medicaid). (El Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) es un programa gubernamental estatal y federal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) *O* ser elegible para Medicare y los beneficios completos del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).

Tenga en cuenta que: Si pierde su elegibilidad, pero puede esperar recuperarla razonablemente en 6 meses, usted continúa siendo elegible para ser miembro de nuestro plan (puede consultar el capítulo 4, sección 2.1 para obtener información acerca de la cobertura y distribución de costos durante un periodo que se considera de elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿Qué es el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)?

El Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) es un programa federal y estatal conjunto del gobierno que ayuda con los costos médicos y a largo plazo a ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y cuál es el costo de los servicios. Los Estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre y cuando sigan las pautas federales.

Adicionalmente, existen programas que se ofrecen a través del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como por ejemplo las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas que son beneficiarios calificados de Medicare [Qualified Medicare Beneficiary, QMB] también son elegibles para obtener los beneficios completos del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) [QMB+]).

Sección 2.3 ¿Cuál es el área de servicio del plan Johns Hopkins Advantage MD D-SNP?

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe más adelante.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Maryland: condado de Anne Arundel, condado de Baltimore, condado de Carroll, condado de Frederick, condado de Howard, condado de Montgomery, condado de Somerset, condado de Washington, condado de Wicomico y condado de Worcester.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Por favor, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Al mudarse, contará con un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse al plan Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, sección 5.

Sección 2.4 Ciudadanos de los EE. UU. o residentes legales

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de Estados Unidos o encontrarse legalmente en Estados Unidos. Medicare (los Centros para Medicare y los Servicios de Medicaid) le notificarán a Johns Hopkins Advantage MD D-SNP si usted no es elegible para seguir siendo un miembro bajo estos términos. Johns Hopkins Advantage MD D-SNP debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá en relación a su cobertura

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, usted debe usar su tarjeta de membresía cada vez que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que obtiene en las farmacias de la red. También debe mostrarle a su proveedor su tarjeta de Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Esta es una muestra de la tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:



Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)

Member Name
<F_NAME M L_NAME>

Member ID: <SBSB_ID>
Health Plan: H1225 003
PCP: <PRPR_NAME>
Phone#: <PRAD_PHONE>

RxBIN: 004336
RxPCN: MEDDADV
RxGRP: <MEMR_MCTR_RX_GROUP>

Effective Date: <MEIA_REQ_DT>

In-Network
Office Visit Copay: <SXX>
Specialist Copay: <SXX>
Urgent Care Copay: <SXX>
ER Copay: <SXX>

There are no out-of-network benefits. Members are fully liable for the cost of out-of-network services.



DO NOT BILL MEDICARE
Medicare limiting charges apply.
Provider: Dual member cost share should be billed to Member's Medicaid

Dual Member: Present this ID Card and your Medicaid ID Card before you receive services or supplies

Submit medical claims to:
Johns Hopkins Advantage MD
PO Box 3537
Scranton, PA 18505

Present this card at the time of service and with every prescription.

For benefit information call Customer Service (Members and Providers): 1-877-293-4998
TTY: 711 or visit www.hopkinsmedicare.com

24-hour Nurse Chat Line: 1-888-202-8828

Over-the-Counter Health Solutions 1-888-628-2770

For non-Medicare covered dental related inquiries, please contact DentaQuest: 1-844-231-8318

Prior Authorization: 1-877-293-4998
Pharmacist Use Only: 1-866-693-4620

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también conocidos como ensayos clínicos.

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicio de Atención al Cliente de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera nuestros proveedores actuales de la red y proveedores de equipo médico duradero. **Los Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Usted debe utilizar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si asiste a cualquier otro sitio sin la autorización correspondiente, deberá pagar la totalidad del costo. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia necesarios, cuando la red no está disponible (por ejemplo, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener los servicios a través de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que Johns Hopkins Advantage MD D-SNP autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com.

Si usted no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia (digital o en papel) a Servicio de Atención al Cliente. Las copias de Directorios de Proveedores en papel que sean solicitadas serán enviadas dentro de los tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El Directorio de farmacias enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas aquellas que han acordado surtir las prescripciones cubiertas para los miembros de nuestro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Visite la sección 2.5 del capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no estén dentro de la red del plan.

Si usted no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia al Servicio de Atención al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com.

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar. Se mencionan los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluidos en Johns Hopkins Advantage MD D-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 definidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “lista de medicamentos” de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP.

La Lista de medicamentos también le informa si existen normas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.hopkinsmedicare.com) o llamar al Servicio de Atención al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Johns Hopkins Advantage MD D-SNP

Sus costos podrán incluir los siguientes ítems:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de Ajuste Mensual Acorde al Ingreso (IRMAA) (Sección 4.4)

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían según los ingresos de cada persona. Su copia de *Medicare y Usted 2024* le brinda información sobre estas primas en la sección denominada *Costos de Medicare 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del Plan

Como miembro de nuestro plan, usted no paga una prima mensual del plan porque califica para recibir “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados. No pagará una prima

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

mensual del plan (prima del plan de medicamentos recetados) mientras califique para “Ayuda Adicional”. Las personas con Medicare y Medicaid califican automáticamente para “Ayuda Adicional”. Debido a que califica para “Ayuda Adicional”, para 2024 la prima mensual de nuestro plan es de \$0. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

Sección 4.2 Prima Mensual de la Parte B de Medicare

Para muchos miembros es un requisito pagar otras primas de Medicare.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2, con el fin de ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. ParJohns Hopkins Advantage MD D-SNP, Medicaid paga su prima de la Parte A (si usted no califica para ella de manera automática) y su prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También podrá incluir una prima para la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para obtener la prima de la Parte A de manera gratuita.

Sección 4.3 Multa por Inscripción Tardía en la Parte D

Debido a que tiene doble elegibilidad, la LEP no se aplica a usted siempre y cuando mantenga su estatus de doble elegibilidad, pero si pierde su estatus de doble elegibilidad, puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después de que termina su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en los que no tiene cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos recetados. La cobertura de medicamentos recetados acreditable es la que cumple con los estándares mínimos de Medicare, pues se espera que esta pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá del tiempo que usted permaneció sin cobertura acreditable en la Parte D o de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa por el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

Usted **no tendrá que** pagarla si:

- Recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha estado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura acreditable de medicamentos por otros medios, tales como un empleador o sindicato anterior, TRICARE, o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Se le puede enviar la información en una carta o en un boletín informativo de su plan. Guarde esta

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

información, pues es posible que la necesite más adelante si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** Cualquier certificado debe decir que usted tuvo una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados que se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.
- **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y páginas web de descuento de medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- Primero, cuente el número de meses completos que tardó en inscribirse en un plan de medicamentos Medicare, luego de que fuera elegible para inscribirse. O cuente el número de meses que no tuvo una cobertura acreditable por medicamentos recetados, si la discontinuidad en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es de 1% por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será de 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima promedio mensual para los planes de medicamentos de Medicare en el país para el año anterior. Para el año 2024, el monto promedio de la prima es de \$34.70.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y el monto promedio mensual de la prima y luego redondéelo al múltiplo de 10 centavos más cercano. En este ejemplo, esto sería 14 % por \$34.70, lo que es igual a \$4.858. Esta cifra se redondea a \$4.90. Este monto se sumaría **a la prima mensual de alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Existen tres aspectos importantes que debe considerar con respecto a esta multa por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año** debido a que el promedio mensual de la prima puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes, durante el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios para medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla los 65. Luego de que cumpla 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses que no tuvo cobertura, luego de su período inicial de inscripción por haber cumplido la edad mínima requerida para Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** a partir de la fecha en que recibió la primera carta que le informaba

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

que debía pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si usted pagaba una multa antes de inscribirse en el plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de dicha multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de Ajuste Mensual Acorde al Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amounts, IRMAA).

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual acorde al ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA. Este cargo extra se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado que se informa en su declaración de impuestos del IRS de 2 años atrás. Si este monto está por encima de cierto tope, usted pagará la prima estándar y el adicional IRMAA. Para más información sobre el monto adicional que tendría que pagar dependiendo de sus ingresos, ingrese a <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole sobre cuál será el monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque del Seguro Social, la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague generalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para pagar el monto adeudado. Si su cheque de prestación no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el monto adicional al gobierno. Este no puede pagarse con su prima mensual del plan. Si usted no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá su cobertura para medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitar que el Seguro Social revise la decisión. Para conocer más acerca de cómo hacerlo, contacte al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más Información Sobre su Prima Mensual

Sección 5.1 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunas circunstancias, es probable que usted pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la debe. O necesita comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si usted es clasificado como elegible para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y es clasificado como elegible para “Ayuda Adicional” durante el año, podrá dejar de pagar la multa.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Puede obtener información más detallada sobre el programa de “Ayuda Adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener su registro de membresía del plan actualizado

Su registro de membresía se basa en la información de su formulario de inscripción, lo que incluye su dirección y número telefónico. Muestra su cobertura específica del plan, incluyendo su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores en la red del plan necesitan contar con la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber cuáles servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos para usted.** Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número telefónico
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja, compensación a los trabajadores o Departamento de Salud de Maryland (Medicaid))
- Si tiene alguna reclamación de responsabilidad civil, tales como reclamaciones por un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en un hogar de ancianos
- Si ha recibido atención en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red
- Si cambia de responsable designado (como un proveedor de cuidados)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No es obligatorio que usted informe a su plan sobre los ensayos clínicos de investigación en los que piensa participar, pero le recomendamos hacerlo)

Si parte de esta información cambia, infórmenos llamando al Servicio de Atención al Cliente.

También es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social y al Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, sección 5. Puede encontrar los números telefónicos e información de contacto del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) en la Sección 6 del Capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que recopilemos información sobre usted acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto es necesario, puesto que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. A esto se le llama **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información atentamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame al Servicio de Atención al Cliente. Es posible que tenga que dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus cuentas se paguen de forma correcta y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud colectiva de su empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina pagador primario y paga hasta el límite de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado pagador secundario, solo paga si hay costos no cubiertos por la cobertura primaria. El pagador secundario podría no pagar todos los costos no cubiertos. Si cuenta con otra cobertura de seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas aplican para la cobertura de salud colectiva de su empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare por su edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años, es discapacitado y usted, o un miembro de su familia, aún trabaja, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja aún trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluyendo el seguro de automóvil)

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Responsabilidad civil (incluyendo el seguro de automóvil)
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro
- Compensación a los trabajadores.

El Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de Medicare y/o de que los planes de salud grupales de los empleadores hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP **(cómo contactarnos, lo que incluye cómo comunicarse** **con Servicio de Atención al Cliente)**

Cómo comunicarse con Servicio de Atención al Cliente del plan

Para recibir asistencia con reclamaciones, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembros, por favor llame o escriba al Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP. Con gusto le ayudaremos.

Método	Servicio de Atención al Cliente: Información de contacto
LLAME AL	1-877-293-4998 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-855-206-9203
ESCRIBA A	Johns Hopkins Advantage MD P.O. Box 3538 Scranton, PA 18505
SITIO WEB	www.hopkinsmedicare.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión o apelación de cobertura sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o los medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para más información sobre cómo solicitar una decisión o apelación de cobertura sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura para la atención médica – Información de contacto
LLAME AL	<p>1-877-293-4998</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.</p> <p>Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	1-855-206-9203
ESCRIBA A	<p>Johns Hopkins Advantage MD P.O. Box 3538 Scranton, PA 18505</p>
SITIO WEB	www.hopkinsmedicare.com

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-877-293-4998 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	Johns Hopkins Advantage MD c/o CVS Caremark Part D Services Coverage Determination & Appeal Dept. P.O. Box 52000 MC 109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.hopkinsmedicare.com

Método	Apelaciones sobre atención médica – Información de contacto
---------------	--------------------------------------------------------------------

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Apelaciones sobre atención médica – Información de contacto
LLAME AL	<p>1-877-293-4998</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.</p> <p>Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	1-410-424-2806
ESCRIBA A	<p>Johns Hopkins Advantage MD Appeals PO Box 8777 Elkridge, MD 21075</p>
SITIO WEB	www.hopkinsmedicare.com

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-877-293-4998 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	Johns Hopkins Advantage MD c/o CVS Caremark Part D Services Coverage Determination & Appeal Dept. P.O. Box 52000 MC 109 Phoenix, AZ 85072-2000
SITIO WEB	www.hopkinsmedicare.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o alguno de los proveedores o farmacias de nuestra red, lo que incluye una queja sobre la calidad de la atención que recibe. Este tipo de queja no incluye disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la Atención Médica – Información de Contacto
LLAME AL	<p>1-877-293-4998</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.</p> <p>Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	1-855-825-7726
ESCRIBA A	<p>Johns Hopkins Advantage MD P.O. Box 3507 Scranton, PA 18505</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre Johns Hopkins Advantage MD D-SNP directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	<p>1-877-293-4998</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.</p> <p>Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	<p>1-866-217-3353</p>
ESCRIBA A	<p>Johns Hopkins Advantage MD c/o CVS Caremark Medicare Part D Departamento de reclamos P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre Johns Hopkins Advantage MD D-SNP directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/hom.aspx.</p>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que haya recibido.**

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP no está obligado a proporcionar ni pagar los beneficios de Medicaid ni las obligaciones de costos compartidos cuando la Agencia de Medicaid del estado de Maryland tenga esa obligación. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente.

Si usted ha recibido una factura o ha pagado por servicios (como por ejemplo, una factura de un proveedor) que cree que nosotros deberíamos pagar, puede solicitarnos el reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Vea el capítulo 7 (*Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta que: Si usted nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) para obtener más información.

Método	Parte C: Solicitudes de pago. Información de contacto
LLAME AL	<p>1-877-293-4998</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.</p> <p>Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	1-855-206-9203
ESCRIBA A	<p>Johns Hopkins Advantage MD P.O. Box 3537 Scranton, PA 18505</p>

Método	Parte C: Solicitudes de pago. Información de contacto
SITIO WEB	www.hopkinsmedicare.com

Método	Parte C: Solicitudes de pago. Información de contacto
LLAME AL	<p>1-877-293-4998</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.</p> <p>Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	1-855-633-7673
ESCRIBA A	Johns Hopkins Advantage MD c/o CVS/Caremark Part D Services P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	www.hopkinsmedicare.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen de enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere de diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros para Servicios de Medicare y Medicaid o, algunas veces, CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services). Esta agencia contrata a las organizaciones de Medicare Advantage, incluyéndonos a nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas con problemas de audición o habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="402 310 659 352">www.Medicare.gov</p> <p data-bbox="402 363 1414 583">Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y temas de actualidad sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, asilos para ancianos, médicos, agencias para el cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare para su estado.</p> <p data-bbox="402 594 1414 699">Este sitio web de Medicare también contiene información sobre su elegibilidad para ser miembro de Medicare y las opciones de inscripción por medio de las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="451 720 1406 1024" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="451 720 1406 783">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información sobre el estatus de elegibilidad para ser miembro de Medicare. <li data-bbox="451 804 1406 1024">• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados que ofrece Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas suministran un <i>estimado</i> de sus costos de bolsillo según los diferentes planes de Medicare.
SITIO WEB (continuación)	<p data-bbox="402 1045 1435 1119">También puede presentar cualquier reclamo ante Medicare sobre Johns Hopkins Advantage MD D-SNP a través del sitio web:</p> <ul data-bbox="451 1140 1406 1350" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="451 1140 1406 1350">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Johns Hopkins Advantage MD D-SNP directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p data-bbox="402 1371 1435 1625">Si usted no tiene una computadora, puede solicitar a su biblioteca local o centro para adultos mayores que lo ayuden a visitar este sitio web utilizando alguna de sus computadoras. O bien puede llamar a Medicare y decirles qué información necesita. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas para sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Maryland, SHIP hace referencia a Senior Health Insurance Program.

El Programa de Seguros de Salud para Personas Mayores (Senior Health Insurance Program, SHIP) es un programa estatal independiente (que no está conectado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoría gratuita sobre los seguros médicos locales a las personas beneficiarias de Medicare.

El Programa de Seguros de Salud para Personas Mayores (Senior Health Insurance Program, SHIP) puede ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Seguros de Salud para Personas Mayores (Senior Health Insurance Program, SHIP) también pueden ayudarle con sus problemas o consultas sobre Medicare y ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

CÓMO ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Ingrese a <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en el **LOCALIZADOR DE SHIP** que aparece en la mitad de la página)
- Seleccione su **ESTADO** en la lista. Esto lo dirigirá a una página donde podrá ver números telefónicos y recursos específicos para su estado.

Método	Senior Health Insurance Program (Maryland's SHIP). Información de contacto
LLAME AL	410-767-1100 o al 1-800-243-3425
TTY	1-800-735-2258 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas con problemas de audición o habla.
ESCRIBA A	Maryland Department of Aging 301 West Preston Street, Suite 1007 Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para ayudar a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Maryland, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que son financiados por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe contactar a Livanta en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Piensa que la cobertura de su estadía hospitalaria termina muy pronto.
- Piensa que la cobertura de los servicios de atención médica en el hogar, atención de centros de enfermería especializada o Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan muy pronto.

Método	Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Maryland) - Información de contacto
LLAME AL	1-888-396-4646 Horario de atención: De lunes a viernes de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Fines de semanas y feriados: 11:00 a.m. a 3 p.m.
TTY	1-888-985-2660 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas con problemas de audición o habla.
ESCRIBA A	Livanta 10820 Guilford Rd Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	http://livantaqio.com/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social se encarga de determinar la elegibilidad y el control de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses mayores de 65 años que tengan discapacidades o que padezcan de una enfermedad renal en etapa terminal, y que cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para ser beneficiarios de Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

De igual manera, el Seguro Social es responsable de determinar quién tiene que pagar una cantidad adicional para la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social que indica que tiene que pagar una cantidad adicional y tiene dudas sobre dicha cantidad o si sus ingresos disminuyeron por algún evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que lo notifique al Seguro Social.

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.</p> <p>Puede usar el servicio telefónico automatizado del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas con problemas de audición o habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.</p>
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECTION 6 Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)

Usted es elegible para recibir asistencia del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Para presentar una solicitud y usted es discapacitado y actualmente recibe Medicare o tiene 65 años o más:

- En línea a través de myDHR.
- Enviando la solicitud completa por correo postal a su departamento local de servicios sociales.
- En persona en su departamento local de servicios sociales.
- Descargue la solicitud para enviarla por correo o llévela personalmente a su departamento local de servicios sociales.
 - Application for Assistance (English)
 - Solicitud de asistencia (Español)

SI usted es discapacitado o tiene más de 65 años y recibe SSI además de Medicare:

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

- También puede ser elegible para recibir asistencia con las primas, copagos y deducibles de Medicare a través del Programa de Ahorros de Medicare de Maryland. Para obtener más información sobre este programa y cómo presentar la solicitud, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de su condado local. La información de contacto se enumera a continuación.

DSS del Condado de Anne Arundel

80 West Street
Annapolis, MD 21401

(Edificio del Tribunal de Distrito)

7500 Ritchie Highway
Glen Burnie, MD 21061
Teléfono: 410-269-4500
Fax: 410-974-8566

Dirección de correo electrónico: aacounty.dhs@maryland.gov

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

DSS del Condado de Baltimore

6401 York Road
Baltimore, Maryland 21212
Teléfono: 410-853-3000

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

DSS del Condado de Carroll

1232 Tech Court
Westminster, Maryland 21157
Teléfono: 410-386-3300
Fax: 410-386-3429

Dirección de correo electrónico: dlcarrolldept_dhr@maryland.gov

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

DSS del Condado de Frederick

Dirección de correo:
P.O. Box 237,
Frederick, Maryland 21705

Ubicación:

1888 North Market Street
Frederick, Maryland 21701
Teléfono: 301-600-4555
Fax: 301-600-4550

Correo electrónico: FCDSS.info@maryland.gov.

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

DSS del Condado de Howard

9780 Patuxent Woods Drive

Columbia, Maryland 21046

Teléfono: 410-872-8700

Dirección de correo electrónico: howco.dss@maryland.gov

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

DSS de Montgomery

Oficina principal (no Servicio Público)

401 Hungerford Drive, 5th Floor

Rockville, Maryland 20850

DHHS Silver Spring Center

8818 Georgia Ave.

Silver Spring, MD 20910

Oficinas del DHHS

1401 Rockville Pike

Rockville, MD 20852

Mid-County DHHS Building

1301 Piccard Drive

Rockville, MD 20850

Centro de Servicios Regionales del Norte del Condado

2nd Floor, 12900 Middlebrook Rd.

Germantown, MD 20874

Teléfono: 240-777-4513

Fax: 240-777-1494

TTY: usar el servicio de retransmisión MD 711

DSS del Condado de Somerset

30397 Mt. Vernon Road

Princess Anne, Maryland 21853

Teléfono: 410-677-4200

Fax: 410-677-4300

Dirección de correo electrónico: somerset.dss@maryland.gov

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

DSS del Condado de Washington

122 North Potomac Street

Hagerstown, Maryland 21740

Teléfono: 240-420-2100

Fax: 240-420-2125

DSS del Condado de Wicomico

201 Baptist Street, Suite 27

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Salisbury, Maryland 21801

Teléfono: 410-713-3900

Fax: 410-713-3910

Dirección de correo electrónico: wicodss.county@maryland.gov

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

DSS del Condado de Worcester

299 Commerce Street

Snow Hill, Maryland 21863

P.O. Box 39

Snow Hill, Maryland 21863

Dirección de correo electrónico: worcester.dss@maryland.gov

Teléfono: 410-677-6800

Fax: 410-677-6810

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

El Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) es un programa gubernamental estatal y federal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados.

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas que son beneficiarios calificados de Medicare [Qualified Medicare Beneficiary, QMB] también son elegibles para obtener los beneficios completos del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) [QMB+]).

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), comuníquese con el Programa de Asistencia Médica de Maryland.

Método	Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) - Información de contacto
LLAME AL	1-410-767-6500 o al 1-877-463-3464 Horario de atención: De lunes a viernes: de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711
ESCRIBA A	Maryland Medical Assistance Program 201 West Preston Street Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://health.maryland.gov/mmcp/pages/home.aspx

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

El Programa Ombudsman de Maryland ayuda a las personas inscritas en el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarlo a presentar una reclamación o apelación ante nuestro plan.

Método	Programa Ombudsman de Maryland – Información de contacto
LLAME AL	1-410-767-1100 o al 1-800-243-3425 Horario de atención: De lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
ESCRIBA A	Maryland Ombudsman Program, Department of Aging, 301 West Preston St., Suite 1007 Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	http://www.aging.maryland.gov

El Ombudsman de Atención a Largo Plazo del Estado (Ombudsman de Atención a Largo Plazo de Maryland) ayuda a las personas a obtener información sobre asilos para ancianos y a resolver problemas entre los asilos y los residentes o sus familiares.

Método	Ombudsman de Atención a Largo Plazo del Estado (Ombudsman de Atención a Largo Plazo de Maryland) – Información de contacto
LLAME AL	1-410-767-1100 Horario de atención: De lunes a viernes: de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.
ESCRIBA A	State Long-Term Care Ombudsman Maryland Department of Aging 301 West Preston St., Suite 1007 Baltimore, MD 21201-2374
SITIO WEB	https://aging.maryland.gov/Pages/state-long-term-care-ombudsmand.aspx

SECCIÓN 7 Información acerca de programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web de Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) brinda información sobre cómo bajar los costos de sus medicamentos recetados. Para personas que tienen ingresos limitados, también hay otros programas para asistirles, que se describen a continuación.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Ya que usted es elegible para recibir los servicios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), usted califica para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus costos del plan por medicamentos recetados. No necesita hacer algo adicional para obtener esta “Ayuda Adicional”.

Si tiene preguntas sobre la ayuda de “Ayuda Adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), disponible 24 horas al día, 7 días a la semana;
- Comuníquese con la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- A la Oficina Estatal del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) que corresponda (solicitudes) (consulte la sección 6 de este capítulo para ver la información de contacto).

Si cree que paga una cantidad incorrecta de costo compartido cuando recibe su receta en la farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso que le permite solicitar asistencia para conseguir evidencia de su nivel apropiado de copago o, si ya posee la evidencia, para hacérsela llegar.

- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando reciba la siguiente receta en la farmacia. Si paga de más por el monto de su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó de más o se lo compensaremos en copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y lo mantiene como deuda suya, nosotros podemos pagarle directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Si tiene alguna duda, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

¿Qué sucede si cuenta con la cobertura de un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar los medicamentos recetados, las primas de los planes y/u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP) o en cualquier otro programa que ofrezca cobertura para medicamentos de la Parte D (además del de “Ayuda Adicional”), usted seguirá recibiendo el 70 % de descuento en la cobertura de medicamentos de marca. De igual manera, el plan paga el 5 % de los costos de medicamentos de marca en la transición de cobertura. Tanto el 70 % de descuento como el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otro tipo de cobertura.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia en Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP por sus siglas en inglés)?****¿Qué es el Programa de Asistencia en Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?**

El Programa de Asistencia en Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles que padecen de VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos con receta médica a través del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) de Maryland.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que se ofrece en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo una constancia de residencia estatal y de condición del VIH, constancia de bajos ingresos según lo establecido por el estado y estar en situación de no asegurado/con seguro insuficiente. Si usted cambia de planes, por favor notifique a su empleador local a cargo de la inscripción en ADAP, para seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, cobertura en medicamentos o cómo inscribirse en el programa, llama al 1-410-767-6535 o al 1-800-205-6308 (TTY: 1-800-735-2258).

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados cuentan con programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades económicas, edad, condición médica o discapacidad. Cada estado tiene normas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Maryland, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa de Asistencia de Medicamentos Recetados para Personas Mayores de Maryland.

Método	Programa de Asistencia de Medicamentos Recetados para Personas Mayores de Maryland – Información de contacto
LLAME AL	1-800-551-5995 Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-877-5156 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas con problemas de audición o habla.
ESCRIBA A	Maryland SPDAP c/o Pool Administrators 628 Ashland Avenue, Suite 502 Glastonbury, CT 06033
SITIO WEB	www.marylandspdap.com

Sección 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familiares. Si recibe su Medicare a través de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios, es importante que les notifique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene dudas con respecto a sus beneficios de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios – Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas con problemas de audición o habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 Puede obtener asistencia del Departamento de Envejecimiento de Maryland (Maryland Department of Aging, MDoA)

El Departamento de Envejecimiento de Maryland (Maryland Department of Aging, MDoA) en www.aging.maryland.gov y la red estatal de 19 Agencias de Área para el Envejecimiento ayudan a los residentes mayores de Maryland con una variedad de servicios y fuentes de información. El MDoA administra programas estatales y federales, muchos de los cuales tienen un costo significativamente menor que la colocación en un hogar de ancianos. La siguiente lista incluye una breve descripción de cada programa MDoA.

Las siguientes Agencias del Área para Personas Mayores también brindan una variedad de servicios para adultos, incorporando vida asistida, servicios de protección y programas de discapacidad temporal. Los servicios de transporte para personas mayores y personas con

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

discapacidades también se brindan a nivel de condado a través de una división del departamento de personas mayores o de un departamento de transporte independiente.

Departamento de Envejecimiento y Discapacidades del Condado de Anne Arundel

2666 Riva Road Annapolis, MD 21401

Teléfono: 410-222-4464

Departamento de Envejecimiento del Condado de Baltimore

611 Central Avenue, Towson, Maryland 21204

Teléfono: 410-887-2594

Oficina de Envejecimiento y Discapacidades del Condado de Carroll

125 Stoner Avenue, Westminster, MD 21157

Teléfono: 410-386-3800

División de Envejecimiento e Independencia del Condado de Frederick

1440 Taney Avenue, Frederick, MD, 21702

Teléfono: 301-600-1234

Oficina del Condado de Howard sobre Envejecimiento e Independencia

6751 Columbia Gateway Drive, 2nd Floor Columbia, MD 21046

Teléfono: 410-313-6410

Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery

401 Hungerford Drive, 3rd Floor Rockville, MD 20850

Teléfono: 240-777-3000

Comisión sobre el Envejecimiento del Condado de Somerset

11916 Somerset Avenue, Suite 120, Princess Anne, MD 21853

Teléfono: 410-651-3400

Comisión sobre el Envejecimiento del Condado de Washington

535 East Franklin Street, Hagerstown, Maryland 21740

Teléfono: 301-790-0275

Comisión sobre el Envejecimiento del Condado de Wicomico

MAC, Inc. 909 Progress Circle, Salisbury, Maryland 21804

Teléfono: (410) 742-0505

Comisión de Worcester sobre el Envejecimiento

4767 Snow Hill Rd, Snow Hill, MD 21863

Teléfono: 410-623-9915

CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar el plan para sus
servicios médicos y otros servicios
cubiertos*

SECCIÓN 1 Aspectos que debe tener en cuenta para obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar el plan para obtener cobertura para su atención médica y otros servicios. Encontrará definiciones de terminología y explicaciones de las normas a seguir para obtener tratamientos, servicios, equipamiento, medicamentos recetados, y cualquier otra atención médica cubierta por este plan.

Para obtener detalles sobre cuál atención médica y otros servicios están cubiertos por nuestro plan, revise la tabla de beneficios que se encuentra en el próximo capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*).

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

- Los **Proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para prestar servicios y atención médica. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen acuerdos con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros en nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos cobran directamente por el servicio que le han provisto. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted no paga nada por los servicios o artículos cubiertos.
- Los **Servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros de equipamiento y los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se encuentran detallados en la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4. Sus servicios cubiertos de medicamentos recetados se detallan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como plan de salud de Medicare, Johns Hopkins Advantage MD D-SNP debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios aparte de los cubiertos por Original Medicare (Consulte el Capítulo 4 de este documento para obtener un listado de los beneficios y servicios cubiertos).

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **El cuidado que reciba esté incluido en la Tabla de beneficios médicos del plan** (consulte el capítulo 4 de este documento).

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **El cuidado que reciba se considere médicamente necesario.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipamientos, o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con las normas aceptadas en la práctica médica.
- **Usted cuente con un proveedor de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés) que proporcione y supervise su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, usted deberá obtener la aprobación de su PCP de la red antes de solicitar los servicios de otros proveedores de la red de este plan, como por ejemplo: especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o centros de atención médica a domicilio. Dicha autorización se denomina remisión. Para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren remisiones de su PCP para obtener atención de emergencia o servicios requeridos con urgencia. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir la atención médica por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted deberá pagar al proveedor por el total de los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre atención de emergencia o servicios requeridos con urgencia que usted obtiene de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para averiguar qué significa atención de emergencia o servicios requeridos con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra pero no hay proveedores en nuestra red que puedan prestársela, puede recibir dicha atención médica de un proveedor fuera de la red, con los mismos costos compartidos que usted normalmente paga atendándose con proveedores dentro de la red. Se debe obtener una autorización del plan antes de solicitar atención médica. En este caso, cubriremos dichos servicios como si se los hubiese suministrado un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener autorización para ver un médico fuera de la red, consulte la sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio temporalmente no está disponible o no le es accesible. El costo compartido que usted pague al plan por diálisis no debe exceder el costo compartido de Original Medicare. Si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo

compartido que paga por los proveedores dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor usual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide recibir los servicios dentro del área de servicio de un proveedor que está fuera de la red del plan, el costo compartido por el servicio de diálisis puede ser más alto.

SECCIÓN 2 Use los proveedores en la red del plan para recibir su atención médica y otros servicios

Sección 2.1	Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para prestarle y monitorear su atención médica
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

- Un proveedor de cuidados primarios (PCP) es un doctor o una enfermera, o un asistente del doctor que administra miembros de cuidados preventivos y primarios de Johns Hopkins Advantage MD y actúa como coordinador para referidos especialmente y para el cuidado del paciente hospitalizado.
- Un PCP puede ser un doctor con especialidad médica en Medicina Interna, Práctica General, Medicina Geriátrica, Medicina Familiar o un enfermero certificado con especialidad clínica en adultos, geriátricos y cuidados de la familia, o alguna otra designación como lo permite el estado de Maryland para CMS para la participación en Medicare.
- Los cuidados primarios incluyen el cuidado completo de la salud y apoya a los servicios y engloba el cuidado de enfermedades graves, accidentes menores, seguimiento del cuidado de problemas médicos y mejora el cuidado de la salud preventivo. El PCP provee el cuidado ya sea de manera directa o deriva al miembro a un servicio apropiado o especialista cuando los tratamientos se encuentran fuera del alcance de la práctica de PCP.
- El consultorio de PCP es responsable de identificar las fuentes del cuidado de la especialidad, hacer derivaciones y coordinar todo el cuidado.
- El PCP además obtendrá ayuda previa autorización por los servicios, si se requiere dentro del alcance de la práctica de PCP.

¿Cómo escoger un PCP?

Un miembro puede elegir un Proveedor de Cuidados Primarios (PCP) del *Directorio de proveedores*. Los proveedores que son contratados con el plan como PCP son agregados en la sección de Cuidados Primarios del *Directorio de proveedores*. Si no elige un PCP cuando se inscribe por primera vez en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP, el plan puede elegir uno por usted. Se le notificará por escrito si se selecciona un PCP para usted y podrá cambiar esta selección de PCP en cualquier momento.

Cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. De igual manera, es posible que su PCP se retire de la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que encontrar un PCP nuevo. Cuando selecciona un nuevo PCP, ese médico formará parte de la red de proveedores de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP. Si necesita una remisión a otro proveedor, su PCP lo remitirá utilizando la red de proveedores Johns Hopkins Advantage MD D-SNP.

Para cambiar su PCP, llame a Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos se encuentran impresos al reverso de este documento). Este cambio entrará en vigencia inmediatamente cuando se reciba el pedido.

Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica y otros servicios no requiere una remisión de su PCP?
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

Usted puede recibir los siguientes servicios sin necesidad de obtener autorización por adelantado por parte de su PCP.

- Atención médica rutinaria para mujeres, la cual incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de mamas), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se los suministre un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, siempre y cuando se las suministre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia suministrados por proveedores de la red o fuera de la red.
- Los servicios que se necesitan de manera urgente son servicios cubiertos que no sean servicios de emergencia, que se brindan cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o son inaccesibles, o cuando el miembro se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, si usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente y médicamente necesarios.
- Los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. De ser posible, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente antes de salir del área de servicio, de modo que podamos hacer los arreglos para que reciba su diálisis regular mientras esté ausente.

Sección 2.3	Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o partes específicas del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Los cardiólogos tratan a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas tratan pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.
- Cómo acceder a especialistas y otros proveedores de la red: El PCP provee el cuidado ya sea de manera directa o deriva al miembro a un servicio apropiado o especialista cuando los tratamientos se encuentran fuera del alcance de la práctica de PCP.
- Para poder ayudarlo a obtener el cuidado que usted necesita y aprovechar al máximo su cobertura, el plan puede requerir cierta información para determinar la cobertura de algunos cuidados, o servicios, esto se llama autorización previa. Nuestros auditores de cuidados clínicos y doctores siguen estos lineamientos establecidos para tomar estas decisiones sobre la cobertura. Por favor consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. Para obtener autorización previa, su proveedor de cuidados especiales o de cuidados primarios deberán contactar a nuestra línea de Medical Management al 1-844-560-2856 o podrán mandar un fax con lo que se les solicite al 1-855-704-5296.
- El participar en PCP significa derivar la participación de los proveedores, para que así los servicios de los miembros sean procesados en un nivel de beneficios dentro de la red.

¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red se retira de nuestro plan?

Es posible que durante el año hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Si su médico o especialista dejan su plan, usted cuenta con ciertos derechos y amparos que se enumeran a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le suministremos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
 - Le notificaremos que su proveedor se está saliendo de nuestro plan para darle tiempo de elegir un nuevo proveedor. Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le avisaremos si usted se ha atendido con ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si algún otro proveedor deja nuestro plan, le avisaremos si usted está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de ese proveedor, o si se ha atendido con ese proveedor en los últimos tres años.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar recibiendo atención.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o terapia médicamente necesaria que está recibiendo continúe, y trabajaremos con usted para garantizar que esto se cumpla.
- Le brindaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos los beneficios cubiertos fuera de nuestra red de proveedores que sean médicamente necesarios, pero a un costo compartido de proveedores dentro de la red,

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para cumplir con sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.

- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, por favor comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor y a gestionar su atención médica.
- Si piensa que no le hemos proporcionado un proveedor calificado en reemplazo de su proveedor anterior o si siente que su asistencia médica no está siendo controlada apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la organización de mejora de la calidad, un reclamo sobre la calidad de atención al plan, o ambos. Por favor, vea el capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red

Los miembros pueden recibir servicios de proveedores fuera de la red para emergencias o servicios de urgencia fuera del área. Para obtener información sobre cómo obtener servicios de diálisis fuera del área de servicio del plan, consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Si no puede encontrar un proveedor de la red para los servicios médicos que necesita, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda para encontrar un proveedor cerca de usted o para solicitar una autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red (los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, necesita atención urgente o durante un desastre

Sección 3.1 Recibir atención si tiene una emergencia médica**¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente una?**

Una **emergencia médica** se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la perder su vida (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida de su niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida de una función corporal o su deterioro severo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No*

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

necesita obtener aprobación o una remisión de su PCP. No es necesario que utilice un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier parte de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor que posea una licencia estatal apropiada incluso si no es parte de nuestra red. Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio de atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

- **Asegúrese de notificarle a nuestro plan sobre su emergencia tan pronto sea posible.** Necesitamos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para notificarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, dentro de 48 horas siguientes, llame a Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos se encuentran impresos al reverso de este documento).

¿Qué cubrimos si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que otra forma de traslado a la sala de emergencias podría poner su salud en peligro.

Los médicos que lo atienden de emergencia decidirán cuando su condición esté estable y haya pasado la emergencia médica.

Cuando pase la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su condición se mantenga estable. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento hasta que nos contacten y planifiquen su tratamiento adicional. Su atención de seguimiento será cubierta por nuestro plan. Si algún proveedor fuera de la red le proporciona atención de emergencia, intentaremos hacer las gestiones para que los proveedores de la red se encarguen de usted tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces puede resultar difícil saber si se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede ir por atención de emergencia pensando que su salud está en grave peligro y el médico puede decirle que, después de todo, no era una emergencia. Si resulta que no era una emergencia, siempre y cuando haya pensado razonablemente que su salud estaba en peligro, cubriremos la atención médica.

Sin embargo, si el médico confirma que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la obtiene de una de estas dos maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- – *O* – La atención adicional que reciba se considera “servicios que se necesitan con urgencia” y usted sigue las reglas para recibir esta atención urgente (para más información sobre este tema consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Cómo recibir atención médica cuando tiene una necesidad urgente de los servicios
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

¿Qué son servicios requeridos con urgencia?

Un servicio requerido con urgencia comprende una situación de no-emergencia que requiere atención médica inmediata pero que dadas las circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios que se necesitan de manera urgente y que son brindados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan de manera urgente son i) un dolor de garganta severo que se manifiesta durante el fin de semana o ii) un brote repentino de una afección ya conocida que ocurre mientras usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

El plan ha realizado acuerdos con Centros de cuidado de emergencia en el área de servicio. Ver el *Directorio de proveedores*, o visite el sitio web www.hopkinsmedicare.com para encontrar los servicios más cercanos a usted.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio de atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3	Recibir atención durante un desastre
--------------------	---------------------------------------------

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o el presidente de Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir la atención médica de su plan.

Por favor, visite este sitio web: www.hopkinsmedicare.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede obtener atención de un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red por el costo compartido dentro de la red. Si no puede acudir a una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la sección 2.5 del Capítulo 5.

SECCIÓN 4	¿Qué ocurre si le facturan directamente el costo total de sus servicios?
------------------	---------------------------------------------------------------------------------

Sección 4.1	Puede solicitar que paguemos los servicios cubiertos
--------------------	-------------------------------------------------------------

Si ha pagado por sus servicios cubiertos o si ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*¿Cómo solicitarnos el pago de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos?*) para obtener información sobre cómo proceder.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

El plan de salud Johns Hopkins Advantage MD D-SNP tiene un acuerdo con el estado de Maryland mediante el cual Johns Hopkins Advantage MD D-SNP no está obligado a pagar los beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) ni las obligaciones de costos compartidos donde la agencia del Departamento de Salud del Estado de Maryland (Medicaid) tiene esa obligación. Si recibe una factura o un resumen de cuenta solicitando el pago de un beneficio cubierto por Medicare, comuníquese de inmediato con Johns Hopkins Advantage MD D-SNP para obtener ayuda.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP cubre todos los servicios médicamente necesarios tal como están listados en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual. Si usted recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios recibidos fuera de la red y que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar los costos de los servicios en su totalidad.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, Johns Hopkins Advantage MD D-SNP lo ayudará a verificar si los servicios están cubiertos por el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) y lo ayudará a coordinar ese servicio si está cubierto. Con respecto a los servicios cubiertos con límite de beneficio, usted también paga el costo completo de cualquier servicio luego de que haya usado todo su beneficio por ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, si su plan cubre un examen físico de rutina por año y usted recibe ese examen físico de rutina pero elige realizarse un segundo examen físico de rutina dentro del mismo año, usted paga el costo total del segundo examen físico de rutina. Cualquier monto que pague después de haber alcanzado la limitación de beneficios no cuenta para su desembolso máximo anual. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el máximo de sus costos de bolsillo).

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando se encuentra en un estudio de investigación clínica?**Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?**

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, qué tan bien funciona un medicamento nuevo contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar del estudio.

Una vez que Medicare aprueba el estudio, y que usted expresa su interés, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para explicarle más acerca de este y verificar si cumple usted con los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos para el mismo y comprenda y acepte completamente lo que implica dicho estudio si decide participar.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si usted nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, entonces usted es el único responsable por el costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si usted pagó más, por ejemplo, si usted ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que usted pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, usted deberá brindar documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que le brinden atención médica como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios para los cuales nuestro plan es responsable, lo que incluyen, como un componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios que están especificados bajo determinaciones de cobertura nacional (NCD, por sus siglas en inglés) y pruebas de dispositivos de investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y a otras reglas del plan.

Aunque usted no necesita obtener el permiso de nuestro plan para formar parte de un estudio de investigación clínica, cubierto para los inscritos en Medicare Advantage por Original Medicare, lo alentamos a notificarnos previamente cuando decida participar en un estudio de investigación clínica calificado por Medicare.

Nuestro plan también cubre algunos estudios de investigación clínica. Para estos estudios, tendremos que aprobar su participación. La participación en el estudio de investigación clínica también es voluntaria.

Si participa en un estudio que Medicare o nuestro plan *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el mismo.*

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

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

- Habitación y alimentos durante la hospitalización que Medicare pagaría, aunque usted no formara parte de un estudio.
- Una cirugía u otro procedimiento médico, si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamientos de efectos secundarios y complicaciones de la atención médica nueva.

Luego de que Medicare haya pagado su parte del costo por esos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y el costo compartido dentro de la red

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio del mismo modo que lo haría si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, usted deberá enviar documentación que demuestre cuánto del costo compartido usted pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar una solicitud de pago.

A continuación se muestra un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos:

Digamos que tiene un examen de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los costos de este examen es de \$20 bajo Original Medicare, pero el examen costaría \$10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el examen y usted pagaría el copago de \$20 que requiere Original Medicare. Luego, usted notificaría a su plan de que ha recibido un servicio de un ensayo clínico calificado y enviaría la documentación, como por ejemplo, la factura de un proveedor al plan. Entonces, el plan directamente le pagaría \$10. Por lo tanto, usted pagaría \$10 netos, la misma cantidad que pagaría si usara los beneficios del plan. Por favor, tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, usted debe enviar documentación a su plan, como por ejemplo, la factura de un proveedor.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios que se proporcionan únicamente para recopilar datos y que no se utilicen en su cuidado de salud directo. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su condición médica por lo general solo requiere una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica*. (Hay información adicional disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud?
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------

Una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud es un centro que presta atención para una condición médica que normalmente sería tratada en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra las creencias religiosas de un miembro, nosotros le ofreceremos cobertura de su atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. Este beneficio únicamente se proporciona en relación a los servicios que se les brinda a pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de cuidado de la salud).

Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

Para recibir atención médica de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud, usted debe firmar un documento legal que indique que usted se opone conscientemente a recibir un tratamiento médico que es **no exceptuado**.

- Una atención médica o tratamiento **no exceptuado** es cualquier atención médica o tratamiento que sea *voluntario* y *no sea obligatorio* por ninguna ley local, estatal o federal.
- Un tratamiento médico **exceptuado** es la atención médica o tratamiento que usted recibe que *no es voluntario* o *que es obligatorio* bajo una ley local, estatal o federal.

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

- El centro que preste la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de servicios que usted reciba está limitado a aspectos *no religiosos* de la atención médica.
- Si los servicios que recibe de esta institución le son prestados en un centro de atención, se aplican las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados o en un centro de cuidados especializados de enfermería.
 - – y – Debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en la institución o su estadía no será cubierta.

Se aplican los límites de cobertura de Medicare para pacientes hospitalizados (consulte la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1	¿Será usted el propietario de su equipo médico duradero después de efectuar cierto número de pagos de acuerdo con lo dispuesto por nuestro plan?
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones a electricidad, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenados por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos, como por ejemplo, las prótesis. En esta sección, discutiremos otros tipos de DME que deben alquilarse.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser propietarios de estos luego de cancelar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP, usted no pasará a ser propietario de los artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos haya cancelado por el mismo, mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de que se uniera a nuestro plan.

¿Qué ocurre con los pagos que ha hecho por equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Original Medicare a fin de ser propietario del mismo. Los pagos realizados mientras usted estaba inscrito en su plan no son contabilizados.

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

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan pero no adquirió su propiedad mientras estaba en el plan. Luego, vuelve a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos seguidos una vez que usted vuelva a unirse a Original Medicare para ser propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea que hayan sido realizados a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP identificará para miembros con doble elegibilidad aquellos beneficios para los que el miembro puede ser elegible bajo el programa del

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Departamento de Salud del estado de Maryland (Medicaid) que son servicios parcialmente cubiertos o no cubiertos según el plan Johns Hopkins Advantage MD D-SNP del miembro.

SECCIÓN 7.2 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Johns Hopkins Advantage MD D-SNP cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si abandona Johns Hopkins Advantage MD D-SNP o ya no necesita equipo de oxígeno por razones médicas, deberá devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Original Medicare le exige a un proveedor de oxígeno que le provea servicios a usted por cinco años. Durante los primeros 36 meses usted renta el equipo. Los restantes 24 meses, el proveedor brinda el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable por el copago de oxígeno). Luego de cinco años, usted puede elegir quedarse con la misma compañía, o elegir otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, aunque usted permanezca con la misma compañía, usted deberá realizar copagos por los primeros 36 meses. Si usted se une a nuestro plan o lo deja, el ciclo de cinco años comienza nuevamente.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto)*

SECCIÓN 1 Entender los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona una tabla de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos como miembro de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP. Más adelante en este capítulo, encontrará información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones de ciertos servicios.

Sección 1.1	Usted no paga nada por sus servicios cubiertos
--------------------	-------------------------------------------------------

Debido a que usted recibe asistencia del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), no pagará nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga las reglas del plan para recibir atención médica. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para recibir su atención médica).

Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A o Parte B de Medicare?
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), muy pocas personas alcanzan la cantidad máxima de costos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar costo de bolsillo alguno como parte del monto máximo de costos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Como usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite del monto que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de costos de bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2024, ese monto será de \$8,850.

Los montos que pague por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de costos de bolsillo. Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no se contabilizan para su monto máximo de costos de bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de costos de bolsillo de \$8,850, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo por el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, tendrá que seguir pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) o algún tercero pague la prima de la Parte B).

SECCIÓN 2 **Cómo utilizar la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto**

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos que encontrará en las siguientes páginas enumera los servicios que Johns Hopkins Advantage MD D-SNP cubre. La información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D está en el capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos serán cubiertos únicamente cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- Los servicios que cubre Medicare deben ser provistos de acuerdo con las pautas establecidas por Medicare.
- Los servicios (lo que incluye atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la parte B) *deben ser* médicamente necesarios. Médico necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con las normas aceptadas en la práctica médica.
- Usted recibe la atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no será cubierta, a menos que se trate de atención emergente o urgente, o a menos que su plan o su proveedor de la red le hayan brindado una remisión. Esto significa que usted deberá pagar al proveedor por el total de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que lo trata y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle autorización previa antes de que usted acuda a otros proveedores de la red del plan. Dicha autorización se denomina remisión.
- Algunos de los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (lo que a veces se llama “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado aparecen en *cursiva* en la Tabla de beneficios médicos.

Otros detalles importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Medicare cubre asistencia médica y medicamentos recetados. El Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) cubre los costos compartidos de los servicios de Medicare, incluidas las primas, el deducible, el coaseguro y el copago. El Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, ciertos medicamentos de venta libre, servicios domiciliarios y comunitarios u otros servicios exclusivos del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su Manual de *Medicare y Usted 2024*. También puede revisarlo en línea

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Todos los servicios preventivos que son cubiertos sin costo alguno bajo el Original Medicare, también los cubrimos sin costo para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o seguimiento para una condición médica existente durante su cuidado preventivo, usted tendrá que pagar un copago por este cuidado recibido, que el proveedor facturará al Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) si su elegibilidad para Medicaid está vigente en el momento del servicio.
- Si Medicare suma cobertura por cualquier nuevo servicio durante el año 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.
- Si se encuentra en el período de 6 meses de elegibilidad considerada continua de nuestro plan, seguiremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, no continuaremos cubriendo beneficios de Medicaid que estén incluidos bajo el plan estatal de Medicaid, no pagaremos las primas de Medicare ni compartiremos los costos que de otra forma serían responsabilidad del estado si usted no hubiera perdido su elegibilidad de Medicaid.

Los miembros que son QMB (beneficiarios calificados de Medicare) o que tienen beneficios completos de Medicaid: si pierden la elegibilidad para el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), pueden permanecer inscritos en este plan de Medicare por hasta 6 meses. Debe volver a inscribirse en Medicaid antes de que finalice el período de 6 meses para conservar sus beneficios de Medicare con este plan. Durante el período de 6 meses, si acude a su proveedor, tendrá costos de bolsillo que su plan Medicare no cubrirá. Usted será responsable de esos costos hasta que recupere su elegibilidad para Medicaid. Sus costos de bolsillo pueden incluir deducibles, copagos y coaseguros del plan de Medicare hasta los montos de Medicare Original, que se pueden encontrar en www.medicare.gov. Además, deberá pagar la prima del plan que anteriormente cubría el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Si recibe servicios durante este tiempo, será responsable de pagar hasta \$8,850 por los servicios aplicables cubiertos por Medicare. Llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) para obtener información adicional relacionada con los costos de bolsillo durante el período de gracia.


Si no se vuelve a inscribir en el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) durante el período de 6 meses, se le dará de baja de nuestro plan. Estará inscrito en Original Medicare. Para volver a inscribirse en Medicaid, comuníquese con la oficina del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).

Usted no realiza pago alguno por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos más arriba.



Usted verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos




Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Es un ultrasonido de diagnóstico que se realiza una sola vez para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba si tiene ciertos factores de riesgo y una remisión para ello por parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.	No existe ningún coaseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.




Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como un dolor que:</p> <ul style="list-style-type: none">• dura 12 semanas o más;• Es inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);• No está asociado con una cirugía; y• No está asociado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o retrocede.</p> <p>Requisitos de los proveedores:</p> <p>Los médicos (tal como se definen en el artículo 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social, la Ley) pueden proveer servicios de acupuntura cumpliendo con los requisitos aplicables del estado.</p> <p>Los Asociados médicos (PA, por sus siglas en inglés), enfermeros profesionales (NP, por sus siglas en inglés)/enfermeros clínicos especialistas (CNS, por sus siglas en inglés) (tal como son identificados por el artículo 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proveer servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos aplicables del estado y si tienen:</p> <ul style="list-style-type: none">• un título de maestría o un doctorado en acupuntura o en medicina oriental emitido por una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y,• una licencia vigente, completa, activa y no limitada para practicar la acupuntura en un estado, territorio o la Mancomunidad de Naciones (por ejemplo, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que brinde servicios de acupuntura deberá encontrarse bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, un asociado médico, o un enfermero profesional/enfermero clínico especialista según lo establecen nuestras regulaciones en el título 42, artículos 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales.</p>	<p>Usted no paga nada por cada consulta cubierta por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de ambulancia* (Se requiere autorización previa)</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en caso de una situación de emergencia o una situación no urgente, incluyen ala fija, ala giratoria y servicios de ambulancia terrestre hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención, solo si son proporcionados a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan.</p> <p>Si los servicios cubiertos de transporte en ambulancia no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y de que el transporte a través de una ambulancia es médicamente necesario.</p> <p>En algunos casos, Medicare puede pagar el transporte en ambulancia limitado que no es de emergencia si un beneficiario tiene órdenes del médico que indiquen que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Usted no paga nada por cada servicio de transporte terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por cada servicio de transporte aéreo cubierto por Medicare.</p>
<p>Examen físico anual</p> <p>El plan cubre un examen físico de rutina, además de la visita de bienestar anual, una vez al año.</p> <p>Este examen incluye una historia clínica/familiar detallada y la realización de una evaluación detallada desde la cabeza hasta los pies, incluido un examen manual de todos los sistemas orgánicos.</p> <p>Los servicios adicionales incluyen órdenes de seguimiento para remisiones a otros médicos, pruebas de laboratorio, pruebas de detección clínica, ECG, recomendaciones para pruebas preventivas, vacuna(s), y orientación sobre comportamientos saludables.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede hacerse una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado con base en su salud actual y factores de riesgo. Esta consulta se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber tenido una consulta de Bienvenido a Medicare para que le cubramos su consulta anual de bienestar si ha tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para personas que califiquen (generalmente, esto se refiere a personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia de ser médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluyendo una interpretación médica de los resultados.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Examen clínico de mamas cada 24 meses 	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para las mamografías cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Cubrimos programas completos de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación para miembros que cumplen con ciertas condiciones con una orden médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Usted no paga nada por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Consulta de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una consulta al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico quizás le recomiende el uso de aspirina (de ser apropiado), medirá su presión arterial y le dará consejos para asegurarse de que se está alimentando correctamente.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Exámenes de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Exámenes de sangre para detectar una enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los exámenes de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para todas las mujeres: Se cubren pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses• Si usted corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o ha tenido un resultado anómalo en la prueba de Papanicolaou y está en la edad reproductiva en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvico cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos*</p> <p><i>(Es posible que necesite una autorización previa).</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. <p>Además de los beneficios cubiertos de Medicare, también ofrecemos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuidados quiroprácticos de rutina no cubiertos por Medicare que incluyan manipulación manual de la columna vertebral por cualquier otra razón	<p>Usted no paga nada por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare.</p> <p>Servicios quiroprácticos no cubiertos por Medicare:</p> <p>Usted no paga nada por hasta 12 visitas quiroprácticas de rutina por año.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Las siguientes pruebas de detección son cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none">• No hay limitación mínima ni máxima de edad para la colonoscopia, y la misma está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un riesgo alto, o 48 meses luego de una sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo de tener cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo luego de una colonoscopia o enema de bario.• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no son de riesgo luego de que el paciente se haya sometido a una prueba de colonoscopia. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo luego de la última sigmoidoscopia o enema de bario.• Pruebas de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.• Pruebas de ADN multiobjetivo en heces para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con el criterio de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con el criterio de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Un enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y con 24 meses desde el último examen de enema de bario o el último chequeo de colonoscopia.• Un enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no son de alto riesgo, y de 45 años en adelante. Una vez por lo menos 48 meses luego del último examen de enema de bario o examen de sigmoidoscopia flexible.• Las pruebas para la detección del cáncer colorrectal incluyen un examen de colonoscopia de seguimiento luego de que un examen de materia fecal no invasivo para la detección del cáncer colorrectal cubierto por Medicare dé un resultado positivo.	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excepto para los enemas de bario, para los cuales aplican los coaseguros. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de chequeo se convierte en un examen de diagnóstico.</p> <p>Usted no paga nada por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p>




Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios odontológicos*</p> <p><i>(Es posible que se necesite una autorización previa para los servicios odontológicos completos no cubiertos por Medicare).</i></p> <p>Por lo general, Original Medicare no cubre los servicios odontológicos preventivos (por ejemplo, limpieza, evaluaciones odontológicas de rutina y radiografías dentales). Sin embargo, Medicare actualmente paga por servicios odontológicos en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral de un tratamiento específico de una condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula luego de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para tratamientos de radiación contra el cáncer que incluyan la mandíbula, o exámenes orales previos a un trasplante de riñón. Adicionalmente, cubrimos:</p> <p>Cubrimos servicios completos y de prevención.</p> <p>Servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Limpiezas• Exámenes bucales• Rayos X odontológicos <p>Servicios completos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de reparación dental• Endodoncia• Periodoncia• Extracciones• Prostodoncia; Otras cirugías bucales/maxilofaciales; otros servicios <p>Todos los servicios, frecuencias y costos de estos se indican en la sección “Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios” de este beneficio.</p> <p>Cubrimos los servicios odontológicos preventivos mediante DentaQuest. Para saber si su proveedor odontológico está dentro de nuestra red, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-877-293-4998. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	<p>Servicios cubiertos por Medicare:</p> <p>Sin ningún costo.</p> <p>Servicios preventivos:</p> <p>Usted no paga nada por cada uno:</p> <ul style="list-style-type: none">• 2 exámenes orales periódicos y limitados al año• 2 exámenes orales integrales cada 3 años por proveedor o ubicación• 2 exámenes orales integrales cada 3 años• 2 limpiezas por año <p>Usted no paga nada por cada uno:</p> <ul style="list-style-type: none">• 2 primeras imágenes radiográficas intraoral-completas, intraoral periapical, intraoral periapical cada imagen radiográfica adicional, imagen radiográfica intraoral oclusal por año• 2 radiografías panorámicas cada 3 años por proveedor o local• 2 imágenes interproximales (1-4 imágenes) al año

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios odontológicos* (continuación)	Servicios completos: Usted no paga nada por cada uno: <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento paliativo• Amalgama y restauración de resinas - 1 cada 24 meses• Implantes - 1 cada 60 meses• Reparación protectora - una vez por diente• Encementado de implantes, coronas - 1 cada 60 meses• Extracciones, coronectomía - una vez por diente• Ajuste de dentaduras postizas - 2 cada año después de 6 meses de la colocación inicial• Reparación de dentaduras postizas y sustituir/añadir dientes - una vez por diente al año• Rebasado o revestimiento de dentaduras postizas - 1 vez cada 36 meses después de 6 meses de la colocación inicial• Recementación o readhesión de reparación parcial de dentaduras postizas, dentaduras arregladas parcialmente - una vez cada 2 años después de 6 meses de la colocación inicial• Acondicionamiento de los tejidos• Coronas - 1 cada 60 meses• Reconstrucción, clavijas y retención de estas, retención del poste y corona - Uno por diente cada 60 meses• Procedimientos sin especificar por informe• Endodoncias y retratamiento, alargamiento quirúrgico de la corona, obturaciones retrógradas - Una vez por diente una vez en la vida• Pulpotomía, biopulpectomía total - Una por diente una vez en la vida• Gingivectomía, gingivoplastia, cirugía periodontal a colgajo, cirugía ósea, raspado y alisado periodontal - uno por cuadrante cada 36 meses

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios odontológicos* (continuación)	<ul style="list-style-type: none">• Desbridamiento bucal completo - una vez cada 36 meses• Prótesis dentales parciales y completas, prótesis parciales fijas, implantes y servicios asociados, análisis de oclusión y ajuste completo - 1 cada 60 meses• Recementación de implantes - una vez cada 2 años después de 6 meses de la colocación inicial• Cierre de fístula oro-antral, cierre principal de la perforación de un seno nasal - 2 por arco en toda la vida• Alveoloplastía - 1 por cuadrante una vez en la vida• Vestibuloplastía, frenectomía, frenuloplastía: 1 por arco una vez en la vida• Eliminación de exostosis, torus palatinus y mandibularis, reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea - 2 veces en la vida• Centros de cirugía ambulatoria, centros de cuidados extendidos/en casa - 6 al año• Consulta• Ajuste oclusal limitado - 1 por año• Otros servicios quirúrgicos• Aplicación de medicamento de desensibilización - 2 por año• Anestesia
	<p>Los beneficios odontológicos integrales y preventivos no cuentan en su límite anual de gasto de su bolsillo.</p>
	<p>Existe un monto máximo de cobertura de \$2,500 por año para servicios odontológicos integrales.</p>
	<p>Los miembros son responsables de la diferencia entre el monto permitido y el monto facturado por cualquier servicio fuera de la red.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
--------------------------------	-------------------------------------------------------


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
 Evaluación de cuadros depresivos Cubrimos una evaluación de cuadros depresivos por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o remisión.	No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para una consulta anual de evaluación por depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta evaluación (incluye exámenes de glucosa en ayunas) si padece de cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o historial de azúcar alta en la sangre (glucosa). También podemos cubrir las pruebas si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y tener un historial familiar de diabetes. Con base en los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes que cubre Medicare.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos* <i>(Se requiere autorización previa para los servicios/suministros para diabéticos que excedan los \$1000 por artículo/servicio.)</i> Para todas las personas que padecen diabetes (que usan o no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para supervisar su glucemia: Monitor de glucemia, tiras reactivas para la glucemia, lancetas y equipos de lancetas y soluciones de control de glucosa para revisar la exactitud de las tiras reactivas y monitores. • Para las personas que padecen diabetes y tienen pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida por año calendario (incluye las plantillas que vienen con 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 no fueron hechas a la medida y que vienen con dichos zapatos). La cobertura incluye pruebas de ajuste. • La capacitación para la gestión personal de la diabetes se cubre bajo ciertas condiciones. 	Usted no paga nada por los suministros de monitoreo para diabéticos cubiertos por Medicare Usted no paga nada por zapatos terapéuticos o plantillas para diabéticos cubiertos por Medicare. Usted no paga nada por los servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* <i>(Es posible que se requiera autorización previa para equipos y suministros. Se requiere autorización previa para todos los equipos alquilados).</i></p> <p>(La definición de equipo médico duradero se encuentra en el Capítulo 12, y en el Capítulo 3, sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, pero se no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital para su uso en el hogar por orden de un proveedor, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación del habla, equipamiento de oxígeno, nebulizadores y andaderas.</p> <p>Con este documento de Evidencia de cobertura, le enviamos la lista de DME de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP. La lista le indica las marcas y fabricantes de DME que cubriremos. Esta lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com.</p> <p>Por lo general, Johns Hopkins Advantage MD D-SNP cubre cualquier DME que cubre Original Medicare de las marcas y fabricantes en esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP y utiliza una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca para usted por un período máximo de 90 días. Durante ese período, usted debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después del período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita con otro médico para obtener una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiada para su condición médica. (Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el Capítulo 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).</p>	<p>Usted no paga nada por el equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0 cada mes.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP había realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP es \$0.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y• Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la perder su vida (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida de su niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo para tales servicios dentro de la red.</p> <p>Esta cobertura es dentro de los Estados Unidos.</p>	<p>Usted no paga nada por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Si recibe atención médica de emergencia con proveedores fuera de la red y necesita hospitalización después de que la emergencia médica se haya estabilizado, debe regresar a un hospital de nuestra red para que podamos cubrir esa atención médica o debe tener una autorización por parte del personal del plan para ser hospitalizado con proveedores fuera de la red y el costo que usted pagará será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p>Línea directa de enfermería: disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana para responder sus preguntas sobre salud. Llame al 888-202-8828 o visite www.hopkinsmedicare.com/members/health-wellness-overview/nurse-chat/ para obtener más información sobre cómo chatear con una enfermera en línea.</p> <p>El Programa de ejercicio y envejecimiento saludable Silver&Fit® Este programa se ofrece a beneficiarios elegibles de Medicare Advantage. Como miembro de Silver&Fit, tiene las siguientes opciones disponibles sin costo alguno para usted:</p> <ul style="list-style-type: none">• Programa Get Started (Comencemos): Al responder algunas preguntas en línea sobre sus áreas de interés, recibirá un programa personalizado para el ejercicio que elija, que incluye instrucciones sobre cómo comenzar y videos de ejercicios en línea sugeridos.• Más de 8,000 videos a pedido a través del sitio web y la biblioteca digital de aplicaciones móviles, incluidas Silver&Fit Signature Series Classes®.	<p>Usted no paga nada por los programas educativos sobre salud y bienestar.</p>

Servicios cubiertos para usted

Lo que usted debe pagar
cuando recibe estos servicios



Programas educativos de salud y bienestar (continuación)

- Membresía del centro de entrenamiento: Puede visitar los centros de entrenamiento participantes cerca de usted que participan en el programa. *Muchos centros de entrenamiento participantes ofrecen clases de bajo impacto que se enfocan en mejorar e incrementar la fuerza y resistencia muscular, y la movilidad, flexibilidad, rango de movimiento, equilibrio, agilidad y coordinación.
- Una vez que se inscriba, puede cambiarse a otro gimnasio Silver&Fit participante una vez al mes, y el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente (es posible que deba completar un nuevo acuerdo de membresía en el gimnasio).
- Kits de ejercicios en casa: usted es elegible para recibir un kit de ejercicios para el hogar por año de beneficios de una variedad de categorías de ejercicios.
- Sesiones telefónicas de Coaching para el envejeciendo de forma saludable con un coach capacitado donde podrá hablar sobre temas como ejercicio, nutrición, aislamiento social y salud cerebral.
- La herramienta Silver&Fit Connected™ para seguir su actividad.
- Clases en línea de envejecimiento de forma saludable.
- Boletín trimestral en línea.

¡El programa Silver&Fit tiene algo para todos (Something for Everyone®)!

*Los servicios no estándar que tienen un costo adicional no son parte del programa Silver&Fit y no será reembolsado.


El programa Silver&Fit está a cargo de la American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series, y Silver&Fit Connected! son marcas registradas de ASH.

Los centros y cadenas de acondicionamiento físico participantes pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. Los kits están sujetos a cambios.

Visite www.SilverandFit.com y haga clic en REGISTRO o comuníquese con Silver&Fit al 1-877-427 4788 (TTY/TDD 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 9 p.m. EST para inscribirse en el programa.

Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-877-293-4998 para obtener más información sobre los programas educativos de salud y bienestar ofrecidos por Johns Hopkins Advantage MD.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de audición	
Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando son realizadas por un médico, un profesional de audiología, u otro proveedor calificado.	Usted no paga nada por cada examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare.
Examen auditivo	
1 examen de audición de rutina al año	Usted no paga nada por un examen auditivo de rutina al año.
Audífonos:	
Hasta dos aparatos auditivos marca TruHearing cada año (un aparato por oído al año). El beneficio se limita a los audífonos TruHearing Advanced y Premium, que vienen en distintos estilos y colores, y están disponibles en opciones de estilo recargable por \$50 adicionales por audífono. Debe ver a un proveedor de TruHearing para hacer uso de este beneficio. Llame al 1-877-293-4998 para programar una cita (para TTY, marque el 711).	El plan paga un monto de beneficio máximo de \$1,500 para la compra de audífonos cada 24 meses. Usted paga todos los costos después del monto máximo del beneficio de \$1,500.*
Las compras de audífonos incluyen:	\$50 de costo adicional por audífono para recargar el audífono opcional
<ul style="list-style-type: none">• Primer año de visitas de seguimiento al proveedor• Período de prueba de 60 días• Garantía extendida de 3 años• 80 baterías por audífono para modelos no recargables	<i>*Los copagos por exámenes de audición de rutina y audífonos no están sujetos al desembolso máximo.</i>
El beneficio no incluye o cubre:	
<ul style="list-style-type: none">• Costo adicional por el recargo del audífono.• Moldes para audífonos• Accesorios para audífonos• Visitas adicionales del proveedor• Baterías adicionales cuando se adquieren audífonos recargables• Audífonos que no sean de la marca TruHearing• Costos asociados a la garantía por pérdida y daños	
Los costos asociados con los artículos excluidos son de responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Pruebas de detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan un examen de detección de VIH o que tienen un riesgo incrementado de infección de VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para el examen de detección de VIH cubierto por Medicare.</p>
<p>Atención de la agencia de salud en el hogar*</p> <p><i>(Es posible que necesite una autorización previa).</i></p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y ordenará que se presten por parte de una agencia para el cuidado de la salud en el hogar. Debe estar imposibilitado para salir, lo que significa que dejar su casa sería un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada y de asistencia médica en el hogar a tiempo parcial o intermitente (para que estén cubiertos bajo el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistencia de atención en el hogar deben sumar en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Servicios médicos y sociales• Equipos y suministros médicos	<p>Usted no paga por los servicios de cuidado de la salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención• Capacitación y educación para pacientes que no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero• Monitoreo remoto• Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar	<p>Usted no paga nada por cada servicio de terapia de infusión en el hogar cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidados de hospicio</p> <p>Usted es elegible para gozar del beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico terminal, que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluyendo aquellos que son propiedad de la organización de MA, o que esta organización controla o sobre los cuales tiene un interés financiero. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor• Cuidado de relevo a corto plazo• Atención domiciliaria <p><u>Para los servicios de atención en un hospicio y para servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare y que están relacionados con su diagnóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos relacionados con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor del centro cuidados paliativos le facturará a Original Medicare los servicios que cubre Original Medicare. Se le facturará a usted por el costo compartido de Original Medicare.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios y los de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por Johns Hopkins Advantage MD D-SNP.</p>

Servicios cubiertos para usted

Lo que usted debe pagar
cuando recibe estos servicios

Cuidados de hospicio (continuación)


Para los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita un servicio que no es de emergencia ni urgente, que está cubierto bajo la Parte A y Parte B de Medicare y que no está relacionado con su condición terminal, su costo por dichos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (tales como si hay un requisito de obtener autorización previa).

- Si recibe el servicio cubierto de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener los servicios, solo debe pagar el monto de costo compartido del plan por servicios dentro de la red
- Si recibe el servicio cubierto de un proveedor fuera de la red, debe pagar el costo compartido bajo el pago por servicio de Medicare (Original Medicare)

Para los servicios cubiertos por Johns Hopkins Advantage MD D-SNP pero no por la Parte A o B de Medicare: Johns Hopkins Advantage MD D-SNP continuará pagando los servicios cubiertos por el plan que no se cubren bajo la Parte A o B sin importar si están relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga la cantidad del costo compartido por dichos servicios.

Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal de hospicio, usted pagará el costo compartido. Si estos medicamentos están relacionados con su condición terminal de hospicio, entonces usted pagará el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca son cubiertos al mismo tiempo por el hospicio y nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5, (*Qué sucede si se encuentra en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare*).

Nota: Si necesita atención médica convencional (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), debe contactarnos para programar los servicios.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía• Vacunas antigripales, una cada temporada de gripe en el otoño y en el invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario.• Vacuna contra la hepatitis B si tiene un alto riesgo o un riesgo intermedio de contraer hepatitis B• Vacuna contra el COVID-19• Otras vacunas, si usted es un paciente de riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de la Parte D sobre medicamentos recetados.</p> <p>Las vacunas de la Parte D, como Shingrix para la prevención del herpes zóster, deben administrarse en la farmacia. Consulte la Lista de medicamentos de Advantage MD para conocer las vacunas cubiertas de la Parte D.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para las vacunas de neumonía, influenza, hepatitis B y COVID-19.</p>



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención médica para pacientes hospitalizados* (<i>Se requiere autorización previa</i>)</p> <p>Incluye cuidados intensivos, rehabilitación, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención hospitalaria comienza el día en que es admitido formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Nuestro plan cubre del día 1 al 90 de una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura de su hospitalización se limitará a 90 días.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluyendo dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de unidades de cuidado especial (como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario) • Fármacos y medicamentos 	<p>Usted no paga nada por una hospitalización cubierta por Medicare por hasta 90 días.</p> <p>Usted no paga nada por cada “día de reserva vitalicia” después del día 90 (hasta 60 días adicionales a lo largo de su vida).</p> <p>Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar la cantidad total de días cubiertos.</p>
<p>Atención médica para pacientes hospitalizados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas • Costos de quirófanos y salas de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de hospitalización por abuso de sustancias • Bajo ciertas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: corneal, de riñón, reno-pancreático, de corazón, de hígado, de pulmón, cardio-pulmonar, de médula ósea, de células madres e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos que un centro de trasplante aprobado por Medicare revise su caso y decida si es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de 	<p>Si le autorizan una hospitalización en un hospital fuera de la red cuando ya la emergencia ha sido controlada, usted pagará la misma cantidad de costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>trasplante pueden ser locales o pueden estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de la red para trasplantes se encuentran fuera del marco de los cuidados comunitarios, puede elegir si recibe los servicios de trasplante en una ubicación local, siempre que los proveedores del trasplante acepten la tarifa de Original Medicare. Si Johns Hopkins Advantage MD D-SNP suministra servicios de trasplante en una ubicación fuera del modelo de atención de trasplantes en su comunidad y usted elije recibir el trasplante en ese lugar, nosotros coordinaremos o pagaremos por los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empacados empieza con la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Debe pagar los costos por las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o donar la sangre usted mismo o que otra persona la done por usted. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.• Servicios médicos	
<p>Atención médica para pacientes hospitalizados* (continuación)</p> <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor deberá redactar una orden para ingresarlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la ficha informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!</i> Esta ficha informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico* <i>(Se requiere autorización previa)</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidados de la salud mental que requieran estadía en el hospital. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios mentales para pacientes hospitalizados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>	<p>Usted no paga nada cada día durante los días 1 a 5 de una hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada cada día durante los días 6 a 90 de una hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura de su hospitalización se limitará a 90 días.</p> <p>Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar la cantidad total de días cubiertos.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Estadía de paciente hospitalizado: Los servicios cubiertos en un hospital o Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una estadía de hospitalización no cubierta</p> <p>Si agotó sus beneficios de hospitalización o si la estadía en el hospital no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía en el hospital. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos• Pruebas de diagnóstico (como exámenes de laboratorio)• Radiografías, radioterapias y terapias con radioisótopos, incluso los servicios y materiales técnicos• Vendajes quirúrgicos• Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones• Dispositivos de prótesis y ortopedia (aparte de los odontológicos) que reemplazan completa o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluyendo tejidos adyacentes), o la función completa o parcial de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o con mal funcionamiento, incluyendo reemplazos y reparaciones de dichos dispositivos• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por daños, desgaste, pérdida o un cambio de la condición física del paciente• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	<p>Usted paga los costos compartidos aplicables por los servicios cubiertos a medida que estos se presten a un paciente ambulatorio. Consulte los beneficios aplicables en la Tabla de beneficios médicos de esta Evidencia de cobertura.</p>
<p>Comidas después del alta de un hospital o centro de enfermería especializada</p> <p>Después de su hospitalización en el hospital o en un centro de enfermería especializada, usted es elegible para recibir 3 comidas por día durante 5 días. Nuestro equipo de administración de la atención trabajará con los miembros elegibles para coordinar la entrega de las comidas proporcionadas por nuestro proveedor, Mom's Meals.</p> <p>El programa de comidas se limita a 4 veces por año calendario.</p>	<p>Usted no paga nada por las comidas después del alta de un hospital o de un centro de enfermería especializada.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Terapia médica de nutrición</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, insuficiencia renal (del riñón, pero sin diálisis) o luego de un trasplante de riñón si lo ordena su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de orientación individualizada durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye a nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas cada año posterior. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, podría tener derecho a recibir más horas de tratamiento, siempre y cuando cuente con una orden médica. Un médico debe recetar dichos servicios y renovar su orden anualmente, si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Los servicios MDPP serán cubiertos para beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio en el comportamiento de la salud que proporciona capacitación práctica para cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos que conlleva mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para el beneficio de MDPP.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*	Usted no paga nada por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.
<i>(Las normas de Autorización previa y Terapia escalonada pueden aplicar).</i>	No paga nada por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.
Las siguientes clases de medicamentos están sujetas a autorización previa y terapia escalonada:	Usted no paga nada por la insulina de la Parte B de Medicare.
<ul style="list-style-type: none">• Deficiencia de alfa-1 antitripsina• Antimetabolitos• Autoinmune infundido/Infliximab• Autoinmune infundido/Otro• Avastin/Biosimilares (Oncología)• Toxinas botulínicas• AcM contra el cáncer de mama• Inhibidores del complemento (SHUa, gMG, HPN)• Inhibidores del complemento (NMOSD)• Hematológico, Eritropoyesis – Agentes Estimulantes (ESA)• Factores hematológicos estimulantes de colonias de neutropenia: acción prolongada• Factores hematológicos estimulantes de colonias de neutropenia: acción corta• Agentes hematopoyéticos: hierro• Factor VIII de hemofilia recombinante• Factor IX de hemofilia recombinante• Inmunoglobulina-IV• Inmunoglobulina-SC• Trastornos por almacenamiento lisosomal: enfermedad de Gaucher• Inhibidores mitóticos• Inhibidores del proteasoma para mieloma múltiple• Esclerosis múltiple (infundida)	

Servicios cubiertos para usted

Lo que usted debe pagar
cuando recibe estos servicios

Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*
(continuación)

- Osteoartritis, Viscosuplementos – Inyección múltiple
- Osteoartritis, Viscosuplementos – Inyección única
- Osteoporosis- Densidad ósea
- Osteoporosis- Hipercalcemia de malignidad
- Inhibidores de puntos de control inmunitario PD1/L1 - Células basales y células escamosas
- Inhibidores de puntos de control inmunitario PD1/L1 - NSCLC
- Cáncer de próstata - Agentes de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (Luteinizing Hormone Releasing Hormone, LHRH)
- Cáncer de próstata - Agentes antagonistas de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (Luteinizing Hormone Releasing Hormone, LHRH)
- Agentes para los trastornos de la retina - Degeneración macular relacionada con la edad (DMRE)
- Rituximab
- Asma severa
- Análogos de somatostatina
- Trastuzumab

Estas clases de medicamentos pueden cambiar durante el año de beneficios.

Puede encontrar una lista completa de medicamentos en www.hopkinsmedicare.com/members/rx-coverage-overview/. Es posible que se realicen actualizaciones a la lista durante todo el año y los cambios se agregarán al menos 30 días antes de la fecha de vigencia.

Estos medicamentos los cubre la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:

- Medicamentos que no suelen ser autoadministrados por el paciente y que son inyectados o infundidos mientras usted recibe servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o quirúrgicos ambulatorios.

Servicios cubiertos para usted

Lo que usted debe pagar
cuando recibe estos servicios

**Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*
(continuación)**


- Insulina brindada a través de un elemento de equipamiento médico duradero (tales como una bomba de insulina médicamente necesaria).
- Otros medicamentos que usted toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan.
- Factores de coagulación que usted se autoinyecta si padece de hemofilia
- Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órgano
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está imposibilitado de salir, si tiene una fractura que un médico certifica que estuvo relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede auto-administrarse dicho medicamento
- Antígenos
- Algunos medicamentos antineoplásicos orales y anti-nauseas.
- Algunos medicamentos para la diálisis en casa, incluyendo heparina, el antídoto para heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa)
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de enfermedades primarias de inmunodeficiencias

El siguiente enlace lo llevará a una lista de Medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada:

www.hopkinsmedicare.com/part-b-drugs

También cubrimos algunas vacunas bajo nuestros beneficios de la Parte D y Parte B de medicamentos recetados.

En el Capítulo 5 se explican los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las normas que debe seguir para cubrir sus recetas. En el Capítulo 6 se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Evaluación de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso continua</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. Cubrimos esta orientación si la recibe en un centro de atención primaria, donde esta se puede coordinar con su plan de prevención integral. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para la evaluación y terapia preventiva de obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros del plan que padezcan trastornos de abuso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de tratamiento a través de un programa de tratamiento de opioides (OTP, por sus siglas en inglés) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para los tratamientos asistidos con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT)• Suministración y administración de los medicamentos para los tratamientos asistidos con medicamentos (si es aplicable)• Asesoría sobre el uso de sustancias• Terapia individual y grupal• Pruebas toxicológicas• Actividades de admisión• Evaluaciones periódicas	<p>Usted no paga por el tratamiento por consumo de opioides cubierto por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios*	
<i>(Es posible que se requiera autorización previa para equipos y suministros).</i>	
Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:	
<ul style="list-style-type: none">• Radiografías• Terapias con radiación (radio e isótopos), incluye los suministros y materiales técnicos• Suministros quirúrgicos, tales como vendajes• Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones• Exámenes de laboratorio• Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y los glóbulos rojos empacados empieza con la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Debe pagar los costos por las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o donar la sangre usted mismo o que otra persona la done para usted. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.• Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios	Pruebas y procedimientos de diagnóstico (por ejemplo, biopsias, endoscopías) Sin ningún costo.
	Servicio de imágenes avanzadas (por ejemplo, resonancias magnéticas, TC, examen de PET, y pruebas de esfuerzo) Sin ningún costo.
	Servicios de laboratorio (por día y por centro de atención) y servicios de diagnóstico por laboratorio (por ejemplo, análisis de sangre, análisis de materia fecal, creatinina, glucosa en la sangre): Sin ningún costo.
	Servicio de imágenes básicas (por ejemplo, rayos X generales, mamografía de diagnóstico, ultrasonidos) Sin ningún costo.
	Exámenes de sangre Sin ningún costo.
	Cada consulta por servicios de radiología terapéutica (radiación) Sin ningún costo.
	Cada consulta por servicios de medicina nuclear Sin ningún costo.
	Suministros médicos o quirúrgicos Sin ningún costo.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si el paciente necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando los brinda un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es considerado un paciente ambulatorio y debe pagar el monto de costos compartidos por servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la ficha informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!</i> Esta ficha informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>No paga nada por los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* (<i>Es posible que necesite una autorización previa dependiendo del servicio provisto</i>)</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que reciba en el Departamento Ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios realizados en una sala de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, por ejemplo, servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin esta atención se requeriría tratamiento con hospitalización • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es considerado un paciente ambulatorio y debe pagar el monto de costos compartidos por servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la ficha informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare: ¡pregunte!</i> Esta ficha informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Para conocer los montos de costo compartido que pagará, consulte las otras secciones de este capítulo, los cuales se aplican cuando los servicios están presentados en el hospital, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial • Atención de emergencia • Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare • Equipo médico duradero • Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos, que incluyen radiografías para pacientes ambulatorios • Cirugía ambulatoria

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios* <i>(Es posible que se exija una autorización previa para: terapia electroconvulsiva, estimulación transmagnética)</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera especializada clínica, terapeuta profesional (LPC), terapeuta de familia y matrimonios (LMFT), profesional en enfermería (NP), asistente médico (PA) que cuenten con una licencia emitida por el estado u otro profesional de servicios de salud mental autorizado por el estado y calificado por Medicare, según se establezca en las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Consulta a especialistas</p> <p>Usted no paga nada por cada consulta de terapia cubierta por Medicare en un entorno individual.</p> <p>Usted no paga nada por cada consulta de terapia cubierta por Medicare en un entorno grupal.</p> <p>Consulta por salud mental</p> <p>Usted no paga nada por cada consulta de terapia cubierta por Medicare en un entorno individual.</p> <p>Usted no paga nada por cada consulta de terapia cubierta por Medicare en un entorno grupal.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios* <i>(Es posible que se requiera una autorización previa. Se requiere autorización previa para todas las consultas si la terapia se realiza en un centro de enfermería especializada).</i></p> <p>Los servicios incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Los servicios de rehabilitación de pacientes ambulatorios se prestan en diferentes centros ambulatorios, como departamentos ambulatorios hospitalarios, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p>Terapia ocupacional</p> <p>Usted no paga nada por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Fisioterapia, terapia ocupacional y/o del habla</p> <p>Usted no paga nada por cada visita de terapia física y/o del habla cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios ambulatorios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera especializada clínica, enfermera practicante u otro profesional de servicios de salud mental calificado por Medicare como se permite bajo las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Usted no paga nada por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, lo que incluye servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria*</p> <p><i>(Se requiere autorización previa)</i></p> <p>Nota: Si lo van a operar en un hospital, consulte con su proveedor para saber si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. Salvo que el proveedor escriba una orden para ingresarlo al hospital, usted está en el hospital en calidad de paciente ambulatorio y debe pagar su parte del costo compartido por la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un paciente ambulatorio.</p>	<p>Centro de cirugía ambulatoria</p> <p>Usted no paga nada por cada consulta a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p> <p>Hospital ambulatorio</p> <p>Usted no paga nada por cada servicio de cirugía ambulatoria cubierto por Medicare.</p>
<p>Artículos de venta libre (Farmacias)</p> <p>Se proporciona una amplia selección de medicamentos, suministros y productos de cuidado personal sin receta a través del beneficio de venta libre (OTC) 2024 del plan. Ejemplos de artículos de venta libre incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos médicos y para primeros auxilios • Tos, resfriado y alergia • Analgésicos y ayudas para dormir • Atención personal • Antiácidos, cuidados digestivos y laxantes • Vitaminas y minerales • Cuidado de ojos, oídos y dientes • Cuidados de la piel • Movilidad y seguridad 	<p>El plan cubre hasta \$200 cada tres meses. Cualquier cantidad no utilizada no se traslada al siguiente período.</p>

Servicios cubiertos para usted

Lo que usted debe pagar
cuando recibe estos servicios

Artículos de venta libre (Farmacias) (continuación)

Para utilizar su beneficio OTC, debe seleccionar y solicitar productos del Catálogo OTC 2024 que lo ayudarán con una necesidad médica o de salud. Los productos OTC están destinados únicamente al uso de los miembros. Advantage MD prohíbe el uso de este beneficio OTC para pedir productos para familiares y amigos.

Los productos y marcas disponibles pueden cambiar a lo largo del año y están sujetos a disponibilidad. Es posible que se apliquen límites de cantidad a artículos seleccionados.

El catálogo del plan para artículos OTC está disponible en línea en www.hopkinsmedicare.com. El catálogo OTC contiene una lista completa de todos los medicamentos, suministros y productos de cuidado personal de venta libre cubiertos por el plan y el precio de cada artículo. Para obtener información actualizada o información sobre cómo realizar un pedido, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Los miembros pueden recibir productos OTC por correo en sus hogares después de realizar un pedido en línea en www.cvs.com/otchs/amd o a través del centro de llamadas del Programa OTC al 1-888-628-2770.

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos* <i>(Se requiere autorización previa)</i></p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se presta en un centro hospitalario ambulatorio o en un centro de salud mental de la comunidad, el cual es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización como paciente interno.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de terapia de salud conductual (mental) activa, proporcionado en un departamento ambulatorio hospitalario, un centro comunitario para la salud mental, en un centro de salud federalmente calificado (FQHC), o en una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta pero que es menos intensa que una hospitalización parcial.</p>	<p>Usted no paga nada por día para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted

Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios

Servicios de médicos, esto incluye las visitas al consultorio de su médico

Los servicios cubiertos incluyen:

- Los servicios de atención médica o quirúrgica médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otra instalación
- Consultas, diagnósticos y tratamientos a cargo de un especialista
- Los exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico los ordena para verificar si necesita tratamiento médico
- Ciertos servicios de telesalud, incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional.
 - Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si opta por obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud.
- Algunos servicios de telemedicina, incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional para pacientes en ciertas áreas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare.
- Servicios de salud a distancia por consultas mensuales relacionadas con ESRD para miembros con diálisis en su hogar en un centro de diálisis u hospital de acceso crítico, centro de atención de diálisis o en la casa del miembro.
- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, sin importar su ubicación
- Servicios de telesalud para miembros que tienen un trastorno de abuso de sustancias o un trastorno mental concurrente, sin importar su ubicación
- Servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:
 - Usted tiene una visita en persona 6 meses antes de su primera consulta de telemedicina
 - Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras está recibiendo esos servicios de telemedicina
 - Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias
- Servicios de telemedicina para consultas de salud mental brindadas por las Clínicas Rurales de Salud y los Centros Federales de Salud Calificados

Consultas de atención primaria:

Usted no paga nada por cada consulta al consultorio cubierta por Medicare.

Consulta a especialistas:

Usted no paga nada por cada consulta al consultorio cubierta por Medicare.


Consulta a otros profesionales de atención médica

Usted no paga nada por cada consulta al consultorio cubierta por Medicare.



Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos, los que incluyen las visitas al consultorio de su médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ El chequeo no está relacionado con una consulta en el consultorio dentro de los últimos 7 días y • El chequeo no conduce a una consulta al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más cercana disponible • Evaluación de videos y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted no es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una consulta al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más cercana disponible. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Cuidado odontológico no rutinario (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, recolocación de fracturas de mandíbula y otros huesos faciales, extracción odontológica para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación para cáncer neoplásico o servicios que serían cubiertos cuando los preste un médico) 	<p>Telesalud</p> <p>No paga nada por cada visita de telesalud cubierta por Medicare para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de urgencia - <i>Atención virtual OnDemand de Johns Hopkins</i> • Salud en el hogar • Cuidados Primarios • Especialista • Salud mental y cuidados ambulatorios para tratar el consumo excesivo <p>Cuando esté disponible del proveedor de servicios.</p> <p>Nota: antes de recibir servicios de un especialista, primero debe obtener una remisión de su PCP.</p>
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan sus extremidades inferiores. <p>Además de los beneficios cubiertos de Medicare, también ofrecemos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de podología de rutina no cubierta por Medicare. 	<p>Usted no paga nada por cada consulta cubierta por Medicare.</p> <p>Atención de servicios de podología de rutina no cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por 12 consultas de rutina al podólogo al año.</p>


Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal • Examen de sangre para antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) 	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para un examen anual de PSA.</p> <p>Usted no paga por el examen rectal digital cubierto por Medicare</p>
<p>Aparatos protésicos y suministros relacionados*</p> <p><i>(Es posible que se requiera autorización previa para equipos y suministros).</i></p> <p>Aparatos (aparte de los odontológicos) que reemplacen completa o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Dichos aparatos incluyen, pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, fajas, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluyendo un brassiere quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados a las prótesis, y la reparación y/o remplazo de las mismas. También incluye cierta cobertura después de la eliminación de cataratas u operación de cataratas; consulte el apartado Atención oftalmológica de esta sección para obtener más información.</p>	<p>Usted no paga nada por las prótesis cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Cubrimos programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) de moderadas hasta muy severas y el médico que trata la enfermedad respiratoria crónica emite una orden para realizar rehabilitación pulmonar.</p>	<p>Usted no paga nada por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Evaluación y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación para el abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluye mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p> <p>Si su evaluación es positiva para el abuso del alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones cortas de orientación individual por año (si se muestra competente y alerta durante la orientación), prestadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada con dosis bajas (low dose computed tomography, LDCT)</p> <p>Para los individuos que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada con dosis bajas (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de edades comprendidas entre los 50 y los 77 años que no presenten signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que hayan fumado por lo menos 20 paquetes al año o que actualmente fumen o hayan dejado de fumar dentro de los últimos 15 años, que reciban una orden escrita para una LDCT durante una sesión de asesoría y toma de decisiones compartida sobre pruebas de detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para tales sesiones y pueda llevar a cabo un médico o profesional calificado que no sea médico.</p> <p><i>Para pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la cual puede proporcionarse durante cualquier consulta adecuada con un médico o un profesional calificado que no sea médico. Si un médico o profesional calificado que no sea médico decide proporcionar una sesión de asesoría y toma de decisiones compartida sobre pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la sesión debe cumplir con los criterios de Medicare para tales sesiones.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para las sesiones de asesoría y toma de decisiones compartidas o LDCT cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Evaluación de las infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, STI) y orientación para prevenirlas</p> <p>Cubrimos evaluaciones de infecciones de transmisión sexual (ETS) por clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas evaluaciones están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con alto riesgo de contraer una ETS, cuando estas evaluaciones sean ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales de orientación de alta intensidad cada año, de 20 a 30 minutos cada una, para la modificación de la conducta de adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer una ETS. Solo cubriremos estas sesiones de orientación como un servicio preventivo si las realiza un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No se aplican coaseguros, copagos o deducibles para el servicio para la evaluación de detección de ETS cubierto por Medicare y asesoría para prevenirlas.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de educación sobre la enfermedad renal, para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para miembros que se encuentran en la etapa IV de la enfermedad renal crónica y si su médico lo ordena, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida.• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluye tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible temporalmente o sea inaccesible)• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es ingresado para hospitalización en un hospital de cuidado especial)• Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude en los tratamientos de diálisis en el hogar)• Equipos y suministros de diálisis en el hogar• Algunos servicios de asistencia en el hogar (como visitas de especialistas en diálisis para revisar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y revisar sus equipos y suministro de agua, cuando sea necesario) <p>El beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Usted no paga nada por los servicios educativos acerca de enfermedades renales, cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidados en un centro de enfermería especializada (SNF)* <i>(Se requiere autorización previa)</i></p> <p>(La definición de atención en un centro de enfermería especializada se encuentra en el Capítulo 12 de este documento. A los centros de enfermería especializada a veces se les denomina SNF).</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria)• Comidas, lo que incluye las dietas especiales• Servicios de enfermería especializada	<p>Sin ningún costo.</p> <p>No se requiere estadía hospitalaria antes de la admisión.</p>

Servicios cubiertos para usted


Lo que usted debe pagar
cuando recibe estos servicios

**Cuidados en un centro de enfermería especializada (SNF)*
(continuación)**

- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Medicamentos que se le administran como parte de su plan de cuidado (incluye sustancias que están naturalmente presentes en su cuerpo, como factores de coagulación sanguínea).
- Sangre, incluyendo su almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y los glóbulos rojos empacados empieza con la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Debe pagar los costos por las primeras tres pintas de sangre que recibe en un año calendario o donar la sangre usted mismo o que otra persona la done para usted. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.
- Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF
- Análisis de laboratorio proporcionados normalmente por los SNF
- Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF
- Uso de equipos tales como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF
- Servicios de médicos/profesionales

Generalmente, recibirá la atención de un SNF en un centro de la red. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias que se especifican a continuación, podría recibir el cuidado en un centro que no sea proveedor de la red, si el mismo acepta las cantidades de pago de nuestro plan.

- Un hogar de reposo o comunidad para ancianos con asistencia continua donde vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre y cuando en dicha institución se presten cuidados de centro de enfermería especializada).
- Un SNF donde su cónyuge o concubino viva en el momento en que usted sale del hospital.


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Dejar del consumo de cigarrillos y tabaco (orientación para dejar de fumar cigarrillos o tabaco)</p> <p><u>Si fuma tabaco, pero no tiene síntomas o señales de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos sesiones de orientación para intentar dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo alguno para usted. Cada sesión de orientación para intentar dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas individuales.</p> <p><u>Si usted consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que el tabaco puede afectar:</u> Cubrimos sesiones de orientación para el cese del consumo. Cubrimos dos orientaciones para intentar dejar de fumar dentro de un periodo de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos aplicables. Cada sesión de orientación para intentar dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas individuales.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare de cese de consumo de cigarrillos y tabaco.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET)</p> <p>Se cubre el SET para miembros que sufran de enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD).</p> <p>Se ofrece cobertura para hasta 36 sesiones en un periodo de 12 semanas si se cumple con los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estar compuesto por sesiones de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de capacitación-ejercicios terapéuticos para enfermedad arterial periférica en pacientes con claudicación.• Realizarse en un entorno de servicios ambulatorios en un hospital o en un consultorio médico.• Ser brindado por personal auxiliar calificado que se asegure de que los beneficios excedan el daño, así como que esté capacitado en terapia de ejercicio para enfermedad arterial periférica.• Estar bajo supervisión directa de un médico, médico asistente o enfermero profesional/enfermero clínico especialista entrenado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>Una vez pasadas las 36 sesiones durante el periodo de 12 semanas, puede que se ofrezca cobertura SET para unas 36 sesiones adicionales durante un periodo de tiempo extendido si un profesional de la salud lo considera necesario.</p>	<p>Usted no paga nada por cada consulta SET cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de transporte* (<i>Se requiere autorización previa</i>)</p> <p>El beneficio de transporte no se puede utilizar para una cita relacionada con otra persona que no sea el miembro.</p> <p>Se permite un acompañante por viaje (el acompañante debe tener al menos 18 años).</p> <p>Cada viaje de ida no debe exceder las 50 millas, mediante taxi, camioneta u otro tipo de transporte aprobado.</p> <p>Los viajes son un servicio de acera a acera. Los afiliados sólo podrán ser recogidos y devueltos a su domicilio según lo informado al plan por el beneficiario o su representante legal autorizado.</p> <p>Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-877-293-4998 para programar un viaje. Los arreglos deben realizarse con al menos 48 horas hábiles de anticipación. Si necesita transporte hacia y desde el médico, utilizará dos viajes.</p>	<p>Usted no paga nada por hasta 24 viajes de ida que no sean de emergencia a cualquier servicio o ubicación relacionados con la salud por año.</p>
<p>Servicios requeridos con urgencia</p> <p>Los servicios requeridos con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es una emergencia, pero que requiere atención médica inmediata, y que dadas las circunstancias, no es posible o no es razonable, obtener los servicios de los proveedores de la red. Si debido a las circunstancias no es razonable obtener inmediatamente atención médica de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios requeridos con urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios deben ser inmediatamente y médicamente necesarios. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan de manera urgente y que el plan debe cubrir fuera de la red ocurren si: Usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos de inmediato debido a una condición imprevista pero que no es una emergencia médica, o si no es razonable para usted debido a las circunstancias obtener inmediatamente la atención que necesita de un proveedor de la red. El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que para los servicios dentro de la red.</p> <p>La cobertura está limitada a los Estados Unidos.</p>	<p>Usted no paga nada por cada consulta cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención oftalmológica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes rutinarios de la vista (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Se incluye entre las personas que tienen un alto riesgo de contraer glaucoma a personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas, que incluye el implante de una lente intraocular (Si tiene dos operaciones diferentes de cataratas, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos anteojos luego de la segunda). <p>Además de los beneficios cubiertos de Medicare, también ofrecemos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen oftalmológico rutinario (cada año). • Los anteojos suplementarios incluyen las lentes y un par de montura para gafas o lentes de contacto (se incluye la prueba de encaje de las lentes de contacto). <ul style="list-style-type: none"> ○ Los anteojos no incluyen opciones de lentes, como tintadas, progresivas, lentes de transición, pulimentadas y seguro. <p>Cubrimos los servicios oftalmológicos de rutina a través de un proveedor de la red. Para saber si su proveedor oftalmológico está dentro de nuestra red, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP al 1-877-293-4998. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	<p>Atención oftalmológica cubierta por Medicare</p> <p>Usted no paga nada por cada examen oftalmológico para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones oculares cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por el examen anual de glaucoma cubierto por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por los anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por un examen de la vista para diabéticos.</p> <p>Usted no paga nada por un examen oftalmológico rutinario cada año calendario.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$400 cada año por anteojos complementarios (al por menor o en línea) de cualquier proveedor.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre una única consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye un resumen de su salud, así como educación y orientación acerca de los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertos exámenes y vacunas) y, de ser necesario, referidos para recibir otro tipo de atención.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> únicamente dentro de los primeros 12 meses en que tiene la cobertura de la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, notifique en el consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva Bienvenido a Medicare.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva Bienvenido a Medicare.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por Johns Hopkins Advantage MD D-SNP

Los siguientes servicios no están cubiertos por Johns Hopkins Advantage MD D-SNP, pero están disponibles a través del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Tenga en cuenta que esta no es una lista exhaustiva de los beneficios disponibles a través del programa de pago por servicio de Medicaid y los miembros deben comunicarse con el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) para obtener más detalles. En el Capítulo 2 de este libro se proporciona información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid):

1. Servicios y suministros de planificación familiar
2. Servicios de atención médica diurna
3. Servicios de cuidado personal
4. Servicios de enfermería privados para beneficiarios menores de 21 años
5. Servicios escolares relacionados con la salud para beneficiarios menores de 21 años
6. Servicios de planificación y evaluación a nivel estatal a través del departamento de salud local

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan o Medicare?

Sección 4.1 Servicios que *no* están cubiertos por el plan o Medicare (exclusiones)

Esta sección le indica qué servicios están excluidos por Medicare.

La tabla a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan o Medicare bajo ningunas condiciones o que están cubiertos por el plan o Medicare solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos) debe pagar por ellos usted mismo, excepto en los casos en los que se cumplan las condiciones específicas enumeradas a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos siguen sin cobertura y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es cuando el servicio es apelado y se decide en la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener más información acerca de cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte al Capítulo 9, Sección 6.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none">• Disponibles para personas con dolor lumbar crónico bajo ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none">• Cubiertos en caso de una lesión accidental o para el mejoramiento del funcionamiento de un miembro malformado del cuerpo.• Cubierto para todas las etapas de reconstrucción del seno luego de una mastectomía, así como para el seno no afectado para producir un aspecto simétrico.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
<p>Cuidados de custodia</p> <p>El cuidado de custodia es el cuidado que no requiere de atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el que le ayuda con las actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.</p>	<p>No cubiertos bajo ninguna condición</p>	
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son esos artículos y procedimientos que Original Medicare establece que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>Pueden ser cubiertos por Original Medicare según un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte el Capítulo 3, sección 5 para obtener mayor información acerca de los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Honorarios por la atención cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar.</p>	<p>No cubiertos bajo ninguna condición</p>	
<p>Cuidados de enfermería a tiempo completo en su hogar.</p>	<p>No cubiertos bajo ninguna condición</p>	
<p>Audífonos y consultas al proveedor para reparar audífonos (excepto lo que se describe específicamente en los Beneficios cubiertos), moldes para orejas, accesorios para audífonos, tarifas de reclamo de garantía y baterías para audífonos (más allá de las 80 baterías gratuitas por audífono no recargable comprado).</p>	<p>No cubiertos bajo ninguna condición</p>	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Servicios de ama de casa, que incluyen asistencia básica en el hogar, tales como preparación de comidas o tareas domésticas livianas.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos bajo ninguna condición	
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico de la pierna y están incluidos en el costo de este aparato. Zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o un televisor.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para personas con una visión reducida.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Servicios considerados como no razonables ni necesarios, según los estándares de Original Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

*Uso de la cobertura del plan para sus
medicamentos recetados de la Parte
D*



Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos.

Ya que usted es elegible para recibir los servicios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), usted califica para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus costos del plan por medicamentos recetados. Dado que usted está en el programa “Ayuda Adicional”, **puede ser que parte de la información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no aplique en su caso.** Le enviamos un encarte separado, llamado *Cláusula de la evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados* (también llamada “Cláusula del subsidio por bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la Cláusula LIS. (Los números telefónicos de Servicio de Atención al Cliente se encuentran impresos en el reverso de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las normas para usar su cobertura para medicamentos de la Parte D.** Por favor, vea el Capítulo 4 para más detalles sobre los beneficios de medicamento y los beneficios de medicamentos en hospicios de la Parte B de Medicare.

Además de los medicamentos que cubre Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted bajo los beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Los miembros pueden obtener información sobre el programa de medicamentos de Maryland en: <https://mmcp.health.maryland.gov/pap/pages/preferred-drug-list.aspx>.

Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

El plan normalmente cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando usted cumpla las siguientes normas básicas:

- Usted debe tener un proveedor (un médico, odontólogo o alguna persona que recete el medicamento) que le escriba una receta, la cual debe ser válida bajo la ley estatal correspondiente.
- Quien hace la receta no debe aparecer en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Generalmente, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la sección 2: *surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la sección 3: *sus medicamentos necesitan estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por cierta documentación de referencia. (Vea la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de envío por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *únicamente* si se surten en una farmacia de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información acerca de cuándo cubriríamos sus medicamentos surtidos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la "Lista de medicamentos" del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red**¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.hopkinsmedicare.com) y/o llame al Servicio de Atención al Cliente.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

¿Qué pasa si la farmacia que usted ha estado usando deja la red?

Si la farmacia que frecuenta abandona la red del plan, será necesario que encuentre una farmacia nueva que esté dentro de la red. Puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente o usar el *Directorio de farmacias* para encontrar otra farmacia de la red en su área. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com.

¿Qué pasa si usted necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en farmacias especializadas. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado prolongado (Long-term Care, LTC). Por lo general, los centros de cuidado prolongado (long-term care, LTC) (como los hogares de reposo) tienen su propia farmacia. Si tiene

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente.

- Farmacias que prestan servicios para el servicio de salud para indígenas, grupos tribales y el programa de salud para indígena urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos norteamericanos o nativos de Alaska puede utilizar estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que despachan medicamentos que están restringidos por la FDA en ciertos lugares o que requieren de una manipulación especial, coordinación del proveedor o educación para su uso. (**Nota:** este escenario debe ocurrir pocas veces).

Para ubicar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de farmacias*, o llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 2.3 Usar los servicios de encargo por correo del plan

Puede utilizar el servicio de la red de encargo por correo del plan para obtener ciertos tipos de medicamentos. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de encargo por correo son medicamentos que usted toma de manera regular debido a una condición médica crónica o prolongada. Aquellos que *no* estén disponibles a través del servicio de encargo por correo de nuestro plan están marcados con “NM” para no disponible en nuestra “Lista de medicamentos”.

Nuestro servicio de encargo por correo del plan le permite ordenar un suministro de hasta 90 días de medicamentos.

Para obtener formularios de orden e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web www.hopkinsmedicare.com o comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

Por lo general, recibirá una receta que haya solicitado por correo en un plazo no mayor a 10 días. Si la farmacia de pedidos por correo espera que el pedido se retrase, le notificarán el retraso. Si necesita solicitar una receta de entrega inmediata por un retraso en el correo, puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para discutir las opciones que pueden incluir encargar el medicamento en una farmacia local de venta al por menor o agilizar el método de envío. Brinde su número de identificación y de receta al representante. Si desea una entrega al fin del segundo día hábil o al día siguiente del día en el que hizo el pedido de sus medicamentos, puede solicitarlo al representante de Servicio de Atención al Cliente por un cargo adicional.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

La farmacia automáticamente surtirá y enviará las recetas nuevas que reciba de proveedores de atención médica, sin verificar primero con usted, si:

- Usted utilizó los servicios de encargo por correo con este plan anteriormente, o
- Usted se registra para el envío automático de todas las nuevas recetas recibidas directamente de proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de medicamentos específicos en cualquier momento iniciando sesión

en su cuenta de Caremark.com o llamando al Servicio de Atención al Cliente.

Si recibe una receta automáticamente por correo que usted no quiere, y no se le contactó para saber si la quería antes de que fuera enviada, es posible que sea elegible para un reembolso.

Si anteriormente utilizó un encargo por correo y no quiere que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, contáctese con nosotros iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando al Servicio de Atención al Cliente.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de pedido por correo o decide detener el surtido automático de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de salud para ver si desea que se le surta y envíe el medicamento de inmediato. Es importante que responda cada vez que sea contactado por el establecimiento farmacéutico para informarles si enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Resurtido de prescripciones de encargo por correo. Para el resurtido de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. A través de este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos indiquen que está próximo a quedarse sin medicamento. El establecimiento farmacéutico le contactará antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamento y usted puede cancelar los resurtidos programados si posee suficiente medicamento o si ha cambiado el medicamento.

Si usted elige no usar el programa de resurtido automático pero igualmente quiere que el servicio de envío de la farmacia le envíe su prescripción, contacte a su farmacia 15 días antes de que se le termine su prescripción. Esto le asegurará que su orden sea enviada a usted a tiempo.

Para abandonar el programa que automáticamente prepara el resurtido de encargos por correo, contáctese con nosotros iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando al Servicio de Atención al Cliente.

Si recibe una receta automáticamente por correo que usted no quiere, es posible que sea elegible para un reembolso.

Sección 2.4	¿Cómo puede obtener suministro prolongado de medicamentos?
--------------------	-------------------------------------------------------------------

Cuando tiene un suministro prolongado de medicamentos, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece una manera de obtener un suministro prolongado de medicamentos (también se le llama “suministro extendido”) de medicamentos “de mantenimiento” en nuestra Lista de medicamentos del plan (los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera regular por una condición médica crónica o prolongada).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

1. Algunas farmacias de venta al por menor en nuestra red le permiten obtener suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* le indica en cuáles farmacias de nuestra red usted puede obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.
2. Usted también podrá recibir medicamentos de mantenimiento a través del programa de envío por correo. Consulte la Sección 2.3 para más detalles.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?**Su receta podrá estar cubierta en ciertas situaciones**

Generalmente, cubrimos los medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Comuníquese primero con Servicio de Atención al Cliente** para saber si hay una farmacia de la red cerca a usted. Es muy probable que usted deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos sus medicamentos surtidos en farmacias fuera de la red:

- La receta es para una emergencia médica o atención de urgencia.
- Usted no puede obtener un medicamento cubierto de forma oportuna porque no se encuentran farmacias de la red que presten servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable.
- Usted está intentando surtir un medicamento recetado que la farmacia de la red o servicio de correo no tiene disponible (incluidos medicamentos de alto costo y medicamentos únicos).
- Si usted es evacuado o desplazado de su hogar por un desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- La vacuna o medicamento se administra en el consultorio de su médico.

Incluso si cubrimos los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red, es posible que pague más de lo que hubiera pagado si hubiera ido a una farmacia de la red.

¿Cómo le solicita un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo completo al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos. (La Sección 2 del Capítulo 7 explica cómo solicitarle un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos necesitan estar en la “Lista de medicamentos” del plan

Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” le indica cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos la “Lista de medicamentos”, para abreviar.**

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. Esta lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La “Lista de medicamentos” incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Los miembros pueden obtener información sobre el programa de medicamentos de Maryland en:

<https://mmcp.health.maryland.gov/pap/pages/preferred-drug-list.aspx>.

Normalmente, cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que usted se apegue al resto de las normas de cobertura que se detallan en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que sea *uno de los siguientes*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos para el diagnóstico o condición para el que se receta.
- *o* -- Respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de formulario del American Hospital y el Sistema de información DRUGDEX.

La “Lista de medicamentos” incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con prescripción que se vende bajo un nombre comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos basados en proteínas) son llamados productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando decimos medicamentos, esto puede referirse a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, cuentan con alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico y suelen costar menos. Hay medicamentos

genéricos de remplazo disponibles para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué no está incluido en la "Lista de medicamentos"?

La lista de medicamentos de Advantage MD solo incluye medicamentos de la Parte D. Para determinar la cobertura de medicamentos que no pertenecen a la Parte D y que pueden estar cubiertos por su beneficio de Medicaid, consulte la Lista de medicamentos preferidos del Programa de farmacias de Medicaid de Maryland, que se puede encontrar en <https://mmcp.health.maryland.gov/pap/Pages/Preferred-Drug-List.aspx>.

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para más información, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento determinado en la "Lista de medicamentos". En algunos casos, usted podrá obtener un medicamento que no está en la "lista de medicamentos". Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la "Lista de medicamentos"?
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

Tiene cuatro maneras de determinarlo:

1. Revise la Lista de medicamentos más reciente que le hemos enviado electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.hopkinsmedicare.com). La "Lista de medicamentos" del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicio de Atención al Cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan (caremark.com o llamando al Servicio de Atención al Cliente). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la "Lista de medicamentos" para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la "Lista de medicamentos" que podrían tratar la misma afección. También puede ver sus ahorros surtiendo un suministro de 90 días o utilizando el pedido por correo.

SECCIÓN 4 Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, algunas normas especiales restringen cómo y dónde los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de esas restricciones aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro de menor costo funcionaría tan bien de acuerdo al criterio médico como un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para animarlo a usted y a su proveedor a usar la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que en ocasiones algunos medicamentos parecen más de una vez en la Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en base a la potencia, cantidad o presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y que pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez al día versus dos veces al día, tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las siguientes secciones le ofrecen más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para el medicamento que usted toma, por lo general esto significa que usted o su proveedor deberán realizar trámites adicionales para que podamos cubrir dicho medicamento. Contacte al Servicio de Atención al Cliente para saber qué es lo que usted o su proveedor necesitan hacer para obtener la cobertura para el medicamento. Si desea que lo eximamos de la restricción, necesitará seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podríamos aceptar o no el dejar sin efecto la restricción en su caso (Consulte el Capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca o productos biológicos originales cuando esté disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable

Generalmente, un medicamento **genérico** o un biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica o biosimilar intercambiable en lugar del medicamento de marca o producto biológico original.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

razón médica por la que el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no surtiría efecto en su caso, *O* ha escrito “No sustituir” en su receta para un medicamento de marca o producto biológico original, *O* nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico, biosimilar intercambiable, ni otros medicamentos cubiertos que son tratamiento para la misma condición surtirán efecto en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca o productor biológico original. (Su parte del costo podría ser mayor por el medicamento de marca o producto biológico original que por el medicamento genérico o biosimilar intercambiable.)

Obtención de una aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener una aprobación del plan antes de que aprobemos la cobertura de un medicamento para usted. Esto se llama **autorización previa**. Esto está establecido para garantizar la seguridad de la medicación y como una guía de ayuda para el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no ser cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requerimiento lo anima a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no surte efecto en su caso, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar otro medicamento en primera instancia se llama **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede recibir de un medicamento cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora diaria para cierto medicamento, podríamos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora diaria.

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted desea?

Sección 5.1	Existen pasos a seguir si su medicamento no está cubierto de la forma en que usted desea
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

En algunas situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma en la actualidad, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar, no está en nuestro formulario, o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en lo absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta pero la versión de marca que usted desea no lo está.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales en la cobertura para ese medicamento, tal como se detalla en la Sección 4.
- Existen pasos a seguir si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted desea.
- Si su medicamento no está en la "Lista de medicamentos" o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para averiguar qué puede hacer.

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento está restringido de alguna manera?
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones:

- Podría obtener un suministro temporal del medicamento
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que elimine las restricciones de su medicamento.

Podría obtener un suministro temporal del medicamento

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe brindar un suministro temporario de un medicamento que usted ya está tomando. Este suministro temporal le dará tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la "Lista de medicamentos" del plan O debe ser un medicamento que actualmente está restringido de alguna manera.**

- **Si usted es un nuevo miembro**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si usted estuvo en el plan el último año**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días de suministro. Si su receta es por menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionarle un máximo de 30 días de suministro del medicamento. La receta se debe surtir en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de cuidado prolongado podría suministrar el medicamento en cantidades menores para evitar que se desperdicien).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de cuidado prolongado (long-term care, LTC) y necesitan suministro de inmediato:**

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días, o menos, de un medicamento específico si su receta está indicada para menos días. Este suministro es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.

- Si experimenta un cambio en su entorno de atención (como ser dado de alta o admitido en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (hasta 30 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio de cobertura.

Si tiene dudas sobre un suministro temporal, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Durante el tiempo que usted esté usando un suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se termine. Usted tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si existe un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente y solicitar la lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en la que a usted le gustaría que fuera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede solicitar que el plan cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 7.4 le informa qué debe hacer. Explica los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para asegurarse que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La “Lista de medicamentos” puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre al inicio de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer algunos cambios a la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos seguir los requerimientos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué pasa si la cobertura cambia para un medicamento que usted está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea de forma regular. Abajo describimos las ocasiones en que podría recibir avisos directos si se realizasen cambios a un medicamento que usted consume.

Cambios a la cobertura de sus medicamentos que le afectarán durante el año actual del plan

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos).**
 - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica del mismo medicamento. La versión genérica aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel superior de costo compartido o agregar nuevas restricciones o ambos cuando el nuevo genérico es incluido.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Podríamos no informarle con anticipación antes de hacer el cambio, incluso si está tomando el medicamento de marca actualmente. Si está tomando el medicamento de marca al momento que hacemos el cambio, le daremos información sobre los cambios específicos. Este también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Puede que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- Usted y su proveedor pueden solicitar que hagamos una excepción y sigamos cubriéndole el medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede ser considerado inseguro o puede ser retirado del mercado por otra razón. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - Su prescriptor también se enterará de este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios a los medicamentos en la “Lista de medicamentos”**
 - Es posible que hagamos otros cambios que puedan afectar el medicamento que está tomando una vez iniciado el año. Por ejemplo, podemos añadir un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido, o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podríamos realizar cambios basados en las advertencias del recuadro de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos brindarle un aviso del cambio, con al menos, 30 días de anticipación o darle un aviso del cambio y un suministro de 30 días del medicamento que está adquiriendo de una farmacia de la red.
 - Después de que reciba el aviso de cambio, debe trabajar con su proveedor para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o ajustarse a las nuevas restricciones del medicamento que esté tomando.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar que hagamos una excepción y sigamos cubriéndole el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectarán durante este año del plan

Nosotros podremos realizar ciertos cambios a la Lista de medicamentos que no fueron mencionados anteriormente. En esos casos, el cambio no será aplicable para usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio, esos cambios le afectarán probablemente a partir del 1° de enero del año siguiente si usted permanece en el plan.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

- Ponemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si ocurren cualquiera de estos cambios para un medicamento que está tomando (excepto que sea debido a su salida del mercado, que un medicamento genérico reemplace a un medicamento de marca, u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente usted no verá ningún incremento en sus pagos o ninguna restricción adicional para su uso del medicamento.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente dentro del año actual del plan. Usted deberá revisar la Lista de medicamentos del nuevo año (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción) para ver si se han realizado cambios a los medicamentos que usted está tomando que lo impactarán durante el nuevo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le informa el tipo de medicamentos recetados que están **excluidos**. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si usted apela y resulta que el medicamento requerido no está excluido bajo la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión, visite el capítulo 9). Si el medicamento está excluido, usted debe costearlo.

Aquí hay tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirá bajo la Parte D:

- La cobertura de nuestro plan para los medicamentos de la Parte D no puede incluir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos o sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de lo indicado. El uso fuera de lo indicado es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para el uso no indicado en la etiqueta se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano y el Sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos enumerados a continuación no están cubiertos por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por la cobertura de medicamentos del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Consulte la Lista de medicamentos preferidos del Programa de farmacias de Medicaid de Maryland, que se puede encontrar en <https://mmcp.health.maryland.gov/pap/Pages/Preferred-Drug-List.aspx>.

- Medicamentos que no requieren receta médica (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para tratamientos de fertilidad
- Medicamentos cuando son utilizados para el alivio de la tos o de los síntomas del resfrío
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados de flúor
- Medicamentos que son utilizados para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el incremento de peso
- Medicamentos de uso ambulatorio para los que el fabricante requiere que se compren pruebas o servicios de supervisión asociados, exclusivamente del fabricante como una condición de venta

Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda Adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, entonces el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no se cubren en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para determinar cuál cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números telefónicos e información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

LA SECCIÓN 8 Surtir una receta

Sección 8.1	Provea información de su membresía
--------------------	-------------------------------------------

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que se puede encontrar en su tarjeta de membresía y en su tarjeta del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos de su medicamento. Usted tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo al recoger su receta.

Sección 8.2 ¿Qué pasa si no lleva consigo la información de su membresía?

Si no lleva consigo su información de membresía del plan cuando va a surtir su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

Es posible que tenga que pagar el costo completo de la receta al recogerla si la farmacia no puede obtener la información necesaria. (Luego puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7, para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué ocurre si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que está cubierta por el plan?

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente le cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que abandone el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que los mismos cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué ocurre si usted es residente de un centro de cuidado prolongado (long-term care, LTC)?

Por lo general, un centro de cuidado prolongado (long-term care, LTC) (como un hogar de reposo) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de cuidado prolongado, podrá obtener medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la farmacia que el centro use, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de farmacias* para determinar si la farmacia de su centro de cuidado prolongado o la que este centro usa forma parte de nuestra red. Si esta no forma parte, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente. Si usted está en un centro de cuidado prolongado, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de forma continua a través de nuestra red de centros de cuidado prolongados.

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

¿Qué ocurre si usted es residente de un centro de cuidados prolongados (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna forma?

Por favor, vea la Sección 5.2 sobre suministros temporales o suministros de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, un laxante o un medicamento para el dolor o la ansiedad) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación de la persona que le receta el medicamento o del proveedor de su hospicio donde se indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras al recibir estos medicamentos que deberían ser cubiertos por nuestro plan, solicite al proveedor de su hospicio o a quien escribe la receta que envíe la notificación antes de pedirle a la farmacia que le surta su receta.

En caso de que usted anule su elección del centro de cuidados paliativos o que le den de alta del mismo, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos tal como se explica en este documento. Para prevenir cualquier demora en la farmacia cuando termine su beneficio en el centro de cuidados paliativos de Medicare, lleve su documentación a la farmacia para verificar su revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad de medicamentos y la manipulación de medicaciones

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Hacemos revisiones del uso de los medicamentos de nuestros miembros para garantizar que estén recibiendo una atención segura y apropiada.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. Además evaluamos nuestros expedientes de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales tales como:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que puedan no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica
- Medicamentos que podrían no ser seguros o apropiados debido a su edad o género

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que poseen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando
- Cantidades no seguras de analgésicos a base de opioides

Si vemos un posible problema en su uso de las medicinas, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura
---------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tenemos un programa ayuda a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura los medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que se abusan con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si usted tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y medicamento necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que su uso de opioides recetados o medicamentos de benzodiacepina puede no ser seguro, es posible que limitemos cómo puede obtener esos medicamentos. Si lo ingresamos al Programa de Administración de Medicamentos, las limitaciones podrán ser:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de cierta(s) farmacia(s)
- Solicitarle que obtenga todas sus prescripciones de medicamentos opiáceos o con benzodiacepina de ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de los medicamentos opiáceos o con benzodiacepina que cubrimos para usted.

Si planeamos limitar cómo podría obtener esos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le dirá si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le requerirá obtener la prescripción para estas medicamentos solo de una farmacia o médico específico. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y sobre cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le aplicará el Programa de Administración de Medicamentos si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia falciforme, está recibiendo cuidados de hospicio, paliativos o cuidados relacionados con el final de su vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Manejo de Farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con sus necesidades médicas complejas. Nuestro programa se denomina programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos o están dentro de un Programa de Administración de Medicamentos que ayuda a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud pueden darle una descripción integral de todos sus medicamentos. Pueden discutir cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y algún otro problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Usted recibirá un resumen escrito que contiene una lista de tareas recomendada la cual incluye los pasos que usted debería seguir para obtener los mejores resultados de sus medicaciones. También recibirá una lista de medicamentos personales que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, y cuándo y por qué los toma. Adicionalmente, los miembros que estén en el programa de manejo de farmacoterapia (MTM) recibirán información sobre cómo desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es buena idea conversar con su médico sobre sus listas de tareas y lista de medicamentos recomendada. Lleve el resumen a su consulta o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención médica. Además, lleve consigo su lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) en caso de que acuda a un hospital o sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el mismo y le enviaremos la información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted paga por sus
medicamentos recetados de la Parte
D*

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

**Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos.**

Ya que usted es elegible para recibir los servicios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), usted califica para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus costos del plan por medicamentos recetados. Dado que usted está en el programa “Ayuda Adicional”, **puede ser que parte de la información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no aplique en su caso.** Le enviamos un encarte separado, llamado *Cláusula de la evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados* (también llamada “Cláusula del subsidio por bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la Cláusula LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto a otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos el término **medicamento** en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están excluidos de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Para comprender la información de pago, es necesario que sepa qué medicamentos están cubiertos, en dónde surtir sus recetas y las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. Estas reglas están explicadas en el Capítulo 5 en sus secciones 1 a 4. Cuando usted utilice la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" para buscar información sobre la cobertura de medicamentos (Ver Capítulo 5, sección 3.3) el costo mostrado aparece en "tiempo real", lo que significa que el costo que usted ve en la herramienta se refleja en un momento para brindarle un estimado de los costos de bolsillo que se espera que usted pague. También puede obtener la información que proporciona la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” llamando al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 1.2 Tipos de costos de bolsillo que usted podría pagar por medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de costos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento es llamado **costo compartido** y hay tres maneras en las que se le puede pedir que pague.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene reglas que determinan qué cuenta y qué *no* cuenta como costos de bolsillo. Estas son las normas que debemos acatar cuando hacemos un seguimiento de sus costos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo

Sus costos de bolsillo incluyen los pagos que se listan a continuación (siempre que sean medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las normas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de cobertura inicial
 - La Etapa de transición de cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si es **usted** quien hace estos pagos, estos están incluidos en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* en sus costos de bolsillo si fueron hechos en su nombre **por alguna otra persona u organización**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos que hayan sido realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones caritativas, por programas de ayuda de medicamentos contra el SIDA, por un programa estatal de asistencia farmacéutica calificado por Medicare o por el Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service). Los pagos hechos por el Programa “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.
- Algunos pagos hechos por el Programa de descuento para la transición de cobertura de Medicare están incluidos en sus costos de bolsillo. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$8,000 en costos de bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de transición de cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

Sus costos de bolsillo, **no incluyen** ninguno de estos tipos de pago:

- Medicamentos que compra fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no se incluyen en la Parte D, incluyendo los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Los pagos que hace para los medicamentos que normalmente no están cubiertos en Medicare Prescription Drug Plan.
- Los pagos que realiza el plan por sus medicamentos de marca o genéricos durante la transición de cobertura.
- Pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud colectivos, incluyendo los planes de salud del empleador.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud con financiamiento gubernamental, tales como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos que haya realizado un tercero que tenga una obligación legal de pagar sus medicamentos recetados (por ejemplo, indemnización de trabajadores).

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las que se mencionan anteriormente, paga por una parte o por todos sus costos de bolsillo por medicamentos, usted está obligado a informárselo a nuestro plan llamando al Servicio de Atención al Cliente.

¿Cómo puede llevar un registro del total de sus gastos de bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) que recibe incluye el monto actual de sus costos de bolsillo. Cuando alcanza el total de \$8,000, este informe le notificará que ha abandonado la Etapa de transición de cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP?
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare según Johns Hopkins Advantage MD D-SNP. Lo que usted paga depende de la etapa en que se encuentre al momento en que le surtan o resurtan una receta. Los detalles de cada etapa están en las secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de transición de la cobertura

Etapa 4: Etapa de cobertura catastrófica

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en cuál etapa de pago se encuentra usted

Sección 3.1	Usted recibe un resumen mensual llamado la Explicación de beneficios de la Parte D (la EOB de la Parte D)
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nuestro plan hace seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que hace cuando sus recetas son surtidas y resurtidas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hay dos tipos particulares de costos a los que hacemos seguimiento:

- Llevamos un control de la cantidad que ha pagado. Esto se llama costo de **bolsillo**.
- Llevamos un registro de sus **costos totales por medicamentos**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otras personas pagan en su nombre, además del monto pagado por el plan.

Si usted surte una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una Explicación de beneficios de la Parte D (en ocasiones llamado EOB de la Parte D). *La Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) contiene:

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Información de ese mes.** Este informe incluye los detalles de pago de las recetas que usted adquirió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que paga el plan y lo que paga usted y otros en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1.º de enero.** A esto se le denomina información “hasta la fecha”. Esto le muestra los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales por los mismos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información le mostrará el precio total del medicamento, y detalles sobre los incrementos en el precio desde el primer surtido de cada receta por la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada pedido de receta.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Para hacerle seguimiento a los costos de sus medicamentos y los pagos que usted hace por ellos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. Aquí le mostramos cómo usted puede ayudarnos a mantener la información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sabemos sobre las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Algunas veces usted podría pagar el costo completo de un medicamento recetado. En esos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacerle seguimiento a sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer seguimiento a sus costos de bolsillo, envíenos copias de sus recibos. A continuación le mostramos algunos ejemplos en los que usted debe proporcionarnos copias de sus recibos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando hace un copago por medicamentos que son proporcionados bajo un programa de asistencia al paciente por el fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red, o en otras ocasiones en las que ha pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre este proceso, vaya al Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han hecho por usted.** Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también cuentan como parte sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa Estatal de Ayuda

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Farmacéutica, un Programa de Asistencia en Medicamentos para el SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP), el Servicio de salud para indígenas y la mayoría de las organizaciones de caridad cuentan como sus costos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíelo a nuestro personal para que se le haga un seguimiento a sus costos.

- **Verifique el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios de la Parte D* (una “EOB de la Parte D”) por favor léala para asegurarse de que la información está completa y es correcta. Si cree que algo falta en el informe o tiene preguntas, llame al Servicio de Atención al Cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Johns Hopkins Advantage MD D-SNP

No hay ningún deducible para Johns Hopkins Advantage MD D-SNP. Usted entra en la Etapa de cobertura inicial cuando se le despache su primera receta del año. Consulte la sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Consulte el encarte separado (la “Cláusula LIS”) para verificar información sobre su monto deducible.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial el plan paga la parte que le corresponde por costos de medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (su monto de copago y coaseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar en donde surte su receta.

Sus opciones de farmacia

Lo que usted paga por un medicamento depende de dónde lo obtenga:

- Una farmacia de venta minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red del plan Solo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red en situaciones particulares. Consulte el Capítulo 5, sección 2.5, para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- Una farmacia de encargo por correo del plan.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Para obtener más información sobre estas farmacias y el surtido de sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos para el suministro para <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Durante la Etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o coaseguro.

Algunas veces el costo del medicamento es menor a su copago. En esos casos, usted paga el

	Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de los pedidos por correo (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido para cuidados de largo plazo (long-term care, LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (suministro de hasta 30 días)
Nivel				

precio más bajo del medicamento vez del copago.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

	Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de los pedidos por correo (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido para cuidados de largo plazo (long-term care, LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (suministro de hasta 30 días)
Nivel				
Nivel 1 de costo compartido (Todos los medicamentos del Formulario)	Por medicamentos genéricos (incluyendo los de marca considerados como genéricos), usted paga ya sea: \$0, \$1.55, o \$4.50*	Por medicamentos genéricos (incluyendo los de marca considerados como genéricos), usted paga ya sea: \$0, \$1.55, o \$4.50*	Por medicamentos genéricos (incluyendo los de marca considerados como genéricos), usted paga ya sea: \$0, \$1.55, o \$4.50*	Por medicamentos genéricos (incluyendo los de marca considerados como genéricos), usted paga ya sea: \$0, \$1.55, o \$4.50*
	Por todos los demás medicamentos, usted paga ya sea: \$0, \$4.60, o \$11.20*	Por todos los demás medicamentos, usted paga ya sea: \$0, \$4.60, o \$11.20*	Por todos los demás medicamentos, usted paga ya sea: \$0, \$4.60, o \$11.20*	Por todos los demás medicamentos, usted paga ya sea: \$0, \$4.60, o \$11.20*
	*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.	*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.	*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.	*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.

Usted no pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto, sin importar el nivel del costo compartido.

Por favor, vea la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y el costo compartido para las vacunas de la Parte D.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento recetado cubre un mes completo de suministro. Puede haber casos en los que usted o su médico quieran un suministro de medicamento por menos de un mes (por ejemplo, cuando está tomando por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, menos del suministro de un mes de sus medicamentos, si esto le ayudará a planificar mejor la fecha de resurtido para diferentes recetas.

Si usted recibe un suministro por menos de un mes de cierto medicamento, usted no tendrá que pagar el suministro completo del mes.

- Si es responsable del coaseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coaseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será más bajo, porque el costo total del medicamento será más bajo.
- Si usted es responsable del copago por su medicamento, usted sólo pagará por el número de días de medicamento que recibe, en vez de pagar el mes completo. Le calcularemos el monto que usted paga por día de medicamento (la “tasa diaria de costo compartido”) y lo multiplicaremos por el número de días que recibe del medicamento.

Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos por un suministro <i>prolongado</i> (90 días) de un medicamento
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro prolongado). Un suministro a largo plazo alcanza hasta para 90 días.

La tabla a continuación muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro prolongado.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**Su costo compartido cuando recibe un suministro *prolongado* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:**

Nivel	Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Costo compartido de los pedidos por correo (suministro para 90 días)
Costo compartido Nivel 1 (Todos los medicamentos del Formulario)	Por medicamentos genéricos (incluyendo los de marca considerados como genéricos), usted paga ya sea: \$0, \$1.55, o \$4.50*	Por medicamentos genéricos (incluyendo los de marca considerados como genéricos), usted paga ya sea: \$0, \$1.55, o \$4.50*
	Por todos los demás medicamentos, usted paga ya sea: \$0, \$4.60, o \$11.20*	Por todos los demás medicamentos, usted paga ya sea: \$0, \$4.60, o \$11.20*
	*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.	*El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional.

Usted no pagará más de \$70 por hasta un suministro bimestral o \$105 por hasta un suministro trimestral de cada producto de insulina cubierto, sin importar el nivel del costo compartido.

Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales por medicamentos para el año alcancen los \$5,030
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total por los medicamentos recetados que usted adquirió alcance el **límite de \$5,030 para la Etapa de cobertura inicial**.

La Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) que recibirá le ayudará a hacer un seguimiento de lo que usted, el plan, y terceros, han pagado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$5,030 en un año.

Nosotros le informaremos si usted alcanza este monto. Si no alcanza este monto, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de transición de cobertura. Consulte la sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de transición de cobertura

Cuando está en la Etapa de transición de cobertura, el Programa de Descuento para la Transición de Cobertura de Medicare le ofrece descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado y una porción de la cuota de surtido por medicamentos de marca. La cantidad que usted paga y la cantidad descontada por el fabricante cuentan en sus costos de bolsillo, tal como si usted los hubiera pagado y se trasladan a través de su transición de cobertura.

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo cuenta el monto que usted paga y le ayuda a salir de la transición de cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus costos de bolsillo del año alcancen el monto máximo establecido por Medicare. Cuando alcance el monto máximo de \$8,000, usted abandonará la Etapa de transición de cobertura y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene reglas que determinan qué cuenta y qué *no* cuenta como costos de bolsillo (Sección 1.3).

Los requerimientos de coaseguro de la Etapa de transición de cobertura no aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D y a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, lo que incluye las vacunas del herpes zóster, el tétanos, y las vacunas de viajes.

Usted no pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto, sin importar el nivel del costo compartido.

Por favor, vea la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y el costo compartido para las vacunas de la Parte D.

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga todos los costos de sus medicamentos cubiertos por la Parte D

Usted ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcancen el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que termine el año calendario. Durante esta etapa de pago, el plan paga todos los costos de sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Sin ningún costo.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que usted paga por vacunas.- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la "Lista de medicamentos" del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener un detalle de la cobertura y el costo compartido de las vacunas específicas.

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo por **inyectarle la vacuna**. (Algunas veces esto es llamado "administración" de la vacuna).

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

- 1. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
 - La mayor parte de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) y no te costarán nada.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
 - La vacuna puede ser obtenida en una farmacia o en el consultorio de un médico.
- 3. Quién le administra la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede aplicarle la vacuna en la farmacia. Como alternativa, otro proveedor puede hacerlo en un consultorio médico.

Lo que usted paga al momento de adquirir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de la **etapa de pago de medicamentos** en la que usted se encuentre.

- Algunas veces, cuando reciba su vacuna, tendrá que pagar el costo total, tanto por la vacuna como por la administración de la misma. Usted puede solicitarle al plan que le pague nuestra parte del costo compartido. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará todo el costo que usted pagó.
- En otras ocasiones, cuando le administran una vacuna, usted pagará solo su parte del costo compartido de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

A continuación brindamos tres ejemplos de cómo usted podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted obtiene las vacunas de la Parte D en una farmacia de la red. (Si usted tiene esta opción depende de dónde vive. En algunos estados no le permiten a las farmacias administrar ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, tendrá que pagar a la farmacia el monto de su coaseguro o copago por la vacuna misma, que incluye el monto por su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba su vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total, el costo de la vacuna y el costo por la administración de la misma.
- Luego puede solicitarle al plan que pague su parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este manual.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que usted pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó, menos su coaseguro o copago por la vacuna (lo que incluye la administración).

Situación 3: Compra la vacuna de la Parte D en su farmacia de la red, luego la lleva al consultorio de su médico para que le administren la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, tendrá que pagar a la farmacia el monto de su coaseguro o copago por la vacuna misma.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que usted deba pagar el costo completo por este servicio.
- Luego puede solicitarle al plan que pague su parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que usted pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó, menos su coaseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

*Solicitarnos el pago de nuestra parte
de una factura que recibió por
servicios médicos o medicamentos
cubiertos*

Capítulo 7. Solicitarnos el pago de nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si usted recibe una factura por el costo total de atención médica o medicamentos que recibió, deberá enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero a menudo se denomina reembolso). Usted tiene derecho a que el plan le reembolse su dinero cuando pague más de su costo compartido por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por su plan. Puede haber ciertos plazos que usted tenga que cumplir para obtener su reembolso. Por favor, vea la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le haremos un reembolso por los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en que recibe una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más de su costo compartido de acuerdo a lo detallado en el documento. Primero, intente solucionar la facturación con el proveedor. Si no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben cubrirse. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, nosotros notificaremos al proveedor. Usted nunca debería pagar más que el costo compartido establecido por el plan. Si este proveedor es contratado, usted aún tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar a nuestro plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o cuidados requeridos con urgencia por parte de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia o servicios requeridos de manera urgente de cualquier proveedor, sin importar si este pertenece a nuestra red o no. En estos casos, solicite al proveedor que facture al plan.

- Si paga el monto total al momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que usted haya realizado.
- Es posible que reciba de parte del proveedor una factura que usted cree que no debe. Envíenos dicha factura junto con la documentación de los pagos que usted ya ha realizado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente al mismo.
 - Si ya pagó el servicio, le haremos el reembolso.

Capítulo 7. Solicitarnos el pago de nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted piensa que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deberían enviar la factura directamente al plan. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios.

- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya realizó el pago de una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura junto con el recibo del pago que ya ha realizado. Debería solicitarnos el reembolso de la diferencia entre la cantidad que usted canceló y la cantidad que usted debía según el plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es de carácter retroactivo. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción incluso pudo haber ocurrido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Necesitará presentar documentación como recibos o facturas para que procesemos el reembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente a nosotros. Cuando eso ocurra, usted tendrá que pagar el costo total de su receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso por nuestra parte del costo. Recuerde que solamente cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Para obtener más información, consulte la sección 2.5 del Capítulo 5.

5. Cuando paga el costo total de su receta porque no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, si la farmacia no obtiene de inmediato la información sobre la inscripción que necesita, usted tal vez tenga que pagar el costo total de la receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso por nuestra parte del costo.

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

Podría pagar el costo total de una receta si por alguna razón el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos o podría tener un requerimiento o restricción especial que usted no conoce o pensaba que no aplicaba a su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, tal vez tenga que pagar el costo total del mismo.

Capítulo 7. Solicitarnos el pago de nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, necesitaremos obtener más información de su médico para poder realizar el reembolso de nuestra parte del costo de los medicamentos.

Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo presentar una solicitud de reembolso.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si se debe cubrir el servicio o medicamento. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe ser cubierta, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si negamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

SECCIÓN 2 **Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que usted ya ha recibido**

Sección 2.1 **Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago**

Usted puede solicitarnos que paguemos enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía su solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Hacer copias de sus facturas y recibos para sus archivos es una buena idea. **Debe presentarnos su reclamo dentro de los 3 años** posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- No es obligatorio utilizar el formulario; sin embargo, hacerlo nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (www.hopkinsmedicare.com) o llamar a Servicio de Atención al Cliente y solicitar el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo que haya pagado a esta dirección:

Parte C: Solicitud de pago
Johns Hopkins Advantage MD
P.O. Box 3537
Scranton, PA 18505

Parte D: Solicitud de pago
Johns Hopkins Advantage MD

Capítulo 7. Solicitarnos el pago de nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

c/o CVS/Caremark Part D Services
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

Sección 3.1	Revisamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y el monto que adeudamos
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos suministre información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto, y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que no siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo por dicha atención o medicamento. En su lugar, le enviaremos una carta que explicará las razones por las que no le estamos enviando el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener información detallada sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y que sea consistente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos al inglés, en braille, en letras grandes, en otros formatos, etc.)
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Su plan debe asegurarse de que todos los servicios, tanto médicos como no médicos, sean brindados de una manera culturalmente competente y sean accesibles a todos los miembros, incluidos aquellos que tienen conocimientos de inglés limitados, habilidades de lectura limitadas, discapacidades auditivas, o a las personas con contextos culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen (de manera no taxativa): brindar servicios de un traductor, intérprete, teleescritor, o conexión TTY (servicios de teléfono por texto o teleescritor para teléfono).

Nuestro plan cuenta con servicio gratuito de intérpretes, quienes están disponibles para responder cualquier pregunta que tengan los miembros que no hablan inglés. Además, si lo necesita, también podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios del plan de una manera que sea accesible y adecuada para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, por favor llame al Servicio de Atención al Cliente.

Nuestro plan debe brindar a los miembros femeninos la opción de tener acceso directo a un especialista de salud para la mujer dentro de los servicios preventivos de salud y servicios de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar a proveedores fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la cual no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre adónde ir para obtener ese servicio al costo compartido de la red.

Si tiene algún problema para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar un reclamo ante Johns Hopkins Advantage MD D-SNP al 1-877-293-4998. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que le resulte conveniente y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, pero no se limitan a, la prestación de servicios de un traductor, servicios de un intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablen inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande, u otros formatos alternativos sin cargo si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le resulte conveniente, llame al Servicio de Atención al cliente.

Nuestro plan debe ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva de la mujer.

Si no hay proveedores de la red del plan disponibles para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para que le indiquen a dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, sírvase llamar para presentar un reclamo con Johns Hopkins Advantage MD D-SNP al 1-877-293-4998. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

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

Como miembro de nuestro plan, tiene el derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que proporcione y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

Usted tiene derecho a concretar citas y a recibir servicios cubiertos *dentro de la red de proveedores del plan en un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de parte de un especialista cuando lo necesite. También tiene el derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud**

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud tal como lo exigen dichas leyes.

- Su información personal de salud incluye la **información personal** que usted nos proporcionó cuando se inscribió en el plan, así como sus registros médicos y cualquier otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de la manera en la que se utiliza su información médica. Nosotros le entregamos una notificación escrita llamada *Aviso de Prácticas de Privacidad*, la cual contiene información sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean o cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se mencionan a continuación, si le damos su información médica a alguien que no le esté brindando un servicio o pagando por sus cuidados, *estamos obligados a obtener previamente su permiso o el permiso de alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, por escrito.*
- Existen algunas excepciones que no requieren de su permiso previo por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.
 - Estamos obligados a suministrar información médica a las agencias del gobierno que estén revisando la calidad de servicio.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información personal de salud, incluyendo la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, se realizará de acuerdo a estatutos y regulaciones federales; generalmente, esto requiere que la información que lo identifica personalmente no sea compartida.

Usted puede revisar la información de sus registros y saber si ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver el registro médico que tenemos en el plan y a obtener una copia del mismo. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por realizar las copias. Usted también tiene derecho a solicitarnos hacer adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si usted realiza esa petición, consultaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo su información de salud ha sido compartida con otras personas para cualquier propósito que no sea rutinario.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Para conocer las prácticas de privacidad de Johns Hopkins Advantage MD, vea lo siguiente o visite www.hopkinsmedicare.com/privacy-practices.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA
JOHNS HOPKINS ADVANTAGE MD**

Fecha de entrada en vigencia: 1 de enero de 2024

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Nuestro compromiso con respecto a su información de salud

Los planes de salud (Plan) cubiertos por este Aviso se comprometen a proteger la privacidad de la información de salud que creamos u obtenemos sobre usted. Este Aviso le informa sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información de salud. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de su información de salud. La ley nos exige que: (i) nos aseguremos de que su información de salud, ya sea oral, escrita o electrónica, esté protegida; (ii) le entreguemos este Aviso que describe nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud; y (iii) sigamos los términos del Aviso que está actualmente vigente.

Quién debe cumplir con este Aviso

Las prácticas de privacidad descritas aquí serán cumplidas por todos los profesionales de atención médica y el personal de los planes que figuran al final de este Aviso.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud

Las siguientes secciones describen diferentes formas en que podemos usar y divulgar su información de salud. Cumplimos las leyes aplicables relacionadas con la protección de esta información. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones. Sin embargo, aquellas formas en que se nos permite usar y divulgar información se incluirán en una de las siguientes categorías:

Tratamiento. Podemos usar o divulgar su información de salud para fines de tratamiento. Por ejemplo, un médico que lo atiende por una afección en particular quizás necesite obtener información de nosotros sobre el tratamiento previo de una afección similar o diferente, incluida la identidad del proveedor de atención médica que le trató anteriormente.

Pago. Podemos usar y divulgar su información de salud para fines relacionados con el pago de servicios de atención médica. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para resolver reclamos y reembolsar a los proveedores de atención médica por los servicios que se le brindan, o bien entregarla a otro plan de salud para coordinar los beneficios.

Operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar su información de salud para las operaciones del plan. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información de salud para

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

actividades de evaluación y mejora de la calidad, administración de casos y coordinación del cuidado, para cumplir con la ley y el reglamento, propósitos de acreditación; reclamos, quejas o demandas de los miembros del plan, contratos de atención médica relacionados con nuestras operaciones, actividades legales o de auditoría, planificación y desarrollo de negocios, gestión empresarial y administración general, suscripción, obtención de reaseguros y otras actividades de seguros, y para operar el plan.

Intercambio de información de salud. Podemos compartir información que hemos obtenido o creado sobre usted con otras entidades de atención médica —como sus proveedores de atención médica—, según lo permitido por la ley, a través de los Intercambios de información de salud (Health Information Exchanges, HIE) en los que participamos. Por ejemplo, la información sobre su participación en un programa de administración de cuidados puede compartirse con su tratante para fines de coordinación de la atención si también participa en el HIE. El intercambio de información de salud puede proporcionarle un acceso más rápido y una mejor coordinación de la atención, y ayudar a las entidades a tomar decisiones más informadas.

Chesapeake Regional Information System for Our Patients, Inc. (CRISP) es un HIE regional en el que participamos. Podemos recibir información sobre usted a través de CRISP para tratamiento, pago, operaciones de atención médica o fines de investigación. Puede salirse de CRISP e impedir el acceso a su información de salud disponible a través de ese sistema con solo llamarlos al 1-877-952-7477. También puede completar y enviar un formulario de exclusión voluntaria a CRISP mediante un correo, fax o su sitio web: crisphealth.org. Incluso si decide salirse, los informes de salud pública y la información sobre sustancias peligrosas controladas, como parte del Programa de Vigilancia de Medicamentos Recetados (PDMP) de Maryland, seguirán disponibles a través de CRISP para los proveedores, según lo permita la ley.

También participamos en otros HIE, incluido uno que nos permite compartir y recibir su información a través de nuestro sistema de registro electrónico. Puede optar por salirse de estos HIE con solo llamar al 1-800-557-6916.

Actividades de recaudación de fondos. Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle información sobre actividades patrocinadas por el plan, como programas y eventos de recaudación de fondos para apoyar la investigación, la enseñanza o el cuidado a los miembros del plan. Para este propósito, podemos usar su información de contacto, como su nombre, dirección, número de teléfono, las fechas del servicio, el departamento del hospital o clínica donde fue atendido, el nombre del médico que lo trató, el resultado de su tratamiento y su estado de seguro de salud. Si nos ponemos en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos, la comunicación que reciba tendrá instrucciones sobre cómo puede solicitarnos que no lo contactemos de nuevo para tales propósitos; esto también se conoce como "exclusión voluntaria".

Investigación y actividades relacionadas. Las organizaciones relacionadas con el plan realizan investigaciones para mejorar la salud de las personas en todo el mundo. Todos los proyectos de investigación deben aprobarse mediante un proceso de revisión especial para proteger la seguridad, el bienestar y la confidencialidad de los miembros del plan. Podemos usar y divulgar información de salud sobre nuestros afiliados para propósitos de investigación de conformidad con reglas específicas determinadas por las disposiciones de confidencialidad de la ley aplicable.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

En algunos casos, la ley federal nos permite usar su información de salud para investigación sin su autorización, siempre que obtengamos la aprobación de una junta de revisión especial. Estos estudios no afectarán su elegibilidad para beneficios, tratamiento ni bienestar, y su información de salud seguirá protegida.

Usos y divulgaciones adicionales de su información de salud. La siguiente es una lista de personas o de fines permitidos o exigidos por la ley, para los cuales podemos usar o divulgar su información de salud sin su autorización:

- Informarle a usted sobre los beneficios o servicios que brindamos
- En el caso de un desastre, a las organizaciones que ayudan en labores de socorro para que su familia pueda ser notificada sobre su condición y ubicación
- Según lo exijan las leyes estatales y federales
- Prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud y seguridad pública, la suya o de otra persona
- A funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional
- A forenses, examinadores médicos y directores de funerarias, según lo autorice o exija la ley como necesario para que puedan llevar a cabo sus funciones
- Al ejército si usted es miembro de las fuerzas armadas y estamos autorizados u obligados a hacerlo por ley
- Para la compensación de trabajadores o programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo
- A funcionarios federales autorizados para que puedan realizar investigaciones especiales o brindar protección al presidente de Estados Unidos o a otras personas autorizadas
- Si usted es un donante, a organizaciones que manejan la obtención o trasplante de órganos o a un banco de órganos, según sea necesario para ayudar con la obtención, trasplante o donación de estos
- A las agencias gubernamentales, de licencias, de auditoría y de acreditación
- A una institución correccional según lo autorice o exija la ley si usted es un recluso o está bajo la custodia de agentes del orden público
- A terceros denominados “socios comerciales” que prestan servicios en nuestro nombre, como consultoría, mantenimiento de software y servicios legales
- Salvo que usted se niegue, a quienes estén involucrados en su atención médica o en el pago de su cuidado, como un amigo, familiar o a otras personas que identifique
- Para fines de salud pública
- A los tribunales y abogados cuando recibimos una orden judicial, una citación u otras instrucciones legales de esos tribunales u organismos públicos o para defendernos de una demanda presentada contra nosotros
- A los agentes del orden público, según lo autorice o exija la ley

Información genética. El plan no puede usar ni divulgar ninguna información genética para fines de suscripción de seguros.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Programas gubernamentales que proporcionan beneficios públicos. Podemos divulgar su información de salud relacionada con la elegibilidad o la inscripción en el plan a otra agencia que administre un programa gubernamental que proporcione beneficios públicos, siempre y cuando la ley exija o autorice que se comparta la información de salud o se mantenga en un sistema de datos único o combinado.

Patrocinador del plan. Podemos divulgar cierta información de salud y de pago sobre usted al patrocinador del plan para obtener ofertas de primas o modificar, enmendar o finalizar el plan. Podemos revelar otra información de salud sobre usted al patrocinador del plan para propósitos de administración del plan, pero solo si se han agregado ciertas disposiciones para proteger la privacidad de su información de salud, y el patrocinador acepta cumplirlas.

Otros usos o divulgaciones de información de salud. Otros usos y divulgaciones de información de salud no cubiertos por este Aviso se realizarán solo con su autorización por escrito. La mayoría de los usos y divulgaciones con fines comerciales se incluyen en esta categoría, y se necesita su autorización para que podamos usar su información de salud. Además, salvo en casos excepcionales limitados, no tenemos permitido vender o recibir nada de valor a cambio de su información de salud sin su autorización por escrito. Si nos autoriza a usar o divulgar su información de salud, puede revocar (retirar) esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, los usos y divulgaciones realizados antes de su retiro no se verán afectados por su acción y no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su autorización.

Uso de comunicaciones electrónicas. Si elige proporcionar su dirección de correo electrónico, número de teléfono fijo o número de teléfono celular a su plan de salud, le está dando al plan de salud su consentimiento expreso para comunicarse con usted por correo electrónico o a estos números, incluso a través de mensajes de texto, para planes de salud o cuestiones generales relacionadas con la salud, como recordatorios de reabastecimiento de medicamentos, encuestas u otra información general. Los mensajes telefónicos de información general se pueden enviar mediante el uso de una tecnología de marcación automática y, para su comodidad, los mensajes de correo electrónico y de texto se pueden enviar sin cifrar. Antes de usar o aceptar el uso de cualquier comunicación electrónica no segura para comunicarse con nosotros, tenga en cuenta que existen ciertos riesgos, como la interceptación por parte de otros, mensajes mal dirigidos, cuentas compartidas, mensajes reenviados a otros o mensajes almacenados en dispositivos electrónicos portátiles no seguros. Proporcionar una dirección de correo electrónico o un número de teléfono no es una condición para recibir servicios.

Sus derechos con respecto a su información de salud

Los registros de su información de salud son propiedad del plan. A pesar de ello, usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted:

Derecho a inspeccionar y copiar. Salvo ciertas excepciones, tiene derecho a inspeccionar o recibir una copia de su información de salud que mantenemos nosotros o para nosotros en los sistemas de registro de la inscripción, del pago, de la resolución de reclamos y del caso o de la gestión médica, o que es parte de un conjunto de registros que usamos para tomar una decisión sobre usted. Tiene derecho a solicitar que enviemos una copia de su registro del plan a un tercero.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Debe presentar su solicitud por escrito. Podemos cobrarle una tarifa razonable por proporcionarle una copia de sus registros. Bajo ciertas circunstancias, podemos negar el acceso. Puede solicitar que designemos a un profesional de atención médica con licencia para revisar la negación. Nosotros daremos cumplimiento al resultado de la revisión.

Derecho a solicitar una enmienda. Si considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información se mantenga por o para el plan en los sistemas de registro de la inscripción, del pago, de la resolución de reclamos y del caso o de la gestión médica, o sea parte de un conjunto de registros que usamos para tomar una decisión sobre usted. Debe presentar su solicitud por escrito, tal como se indica al final de este Aviso, con una explicación de por qué es necesaria la enmienda. Si aceptamos su solicitud, le informaremos que estamos de acuerdo y modificaremos sus registros. No podemos cambiar lo que está en el registro. Agregamos la información complementaria mediante un apéndice. Con su ayuda, notificaremos a los que tengan la información de salud incorrecta o incompleta. Si negamos su solicitud, le daremos las razones por escrito de por qué no hicimos la enmienda y le explicaremos sus derechos.

Podemos negar su solicitud si la información de salud: (i) no fue creada por el plan (a menos que la persona o entidad que creó la información de salud ya no esté disponible para responder su solicitud); (ii) no es parte de los sistemas de registro de la inscripción, del pago, de la resolución de reclamos y del caso o de la gestión médica, mantenidos por nosotros o para nosotros, o es parte de un conjunto de registros que usamos para tomar decisiones sobre usted; (iii) no forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o (iv) es precisa y completa según nuestra determinación.

Derecho a un informe de divulgaciones. Tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información de salud en los seis años anteriores a su solicitud. Esta lista no tendrá todas las divulgaciones realizadas, como, por ejemplo, aquellas que se hicieron para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Debe presentar su solicitud por escrito, tal como se explica al final de este Aviso. Debe indicar para cuál período desea que se realice ese informe. El primer informe que solicite en un período de 12 meses será gratuito, y podemos cobrarle por solicitudes adicionales en ese mismo período.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información de salud que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Para solicitar una restricción, debe hacerlo por escrito. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si la aceptamos, debemos hacerlo por escrito, y daremos cumplimiento a su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia o que la ley nos exija o permita divulgarla. Se nos permite finalizar la restricción, siempre que le informemos a usted que planeamos hacerlo.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de cierta manera o en un lugar determinado. Si desea que nos comuniquemos con usted de una manera especial, deberá proporcionarnos detalles

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

sobre cómo contactarlo. También deberá proporcionarnos información sobre cómo se manejará el pago. Podemos pedirle que explique cómo la divulgación de toda o parte de su información de salud podría ponerlo en peligro. Atenderemos las solicitudes razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted utilizando las formas o ubicaciones solicitadas, quizás lo contactemos usando cualquier información que tengamos.

Derecho a ser notificado en caso de incumplimiento. Le notificaremos si su información de salud ha sido "vulnerada", lo que significa que ha sido usada o divulgada de una manera que es incompatible con la ley y en la que puede verse comprometida.

Ejercicio de derechos, preguntas o quejas

Si quisiera obtener un formulario de solicitud correspondiente para: (i) inspeccionar o recibir una copia de su información de salud; (ii) solicitar una enmienda en su información de salud; (iii) solicitar un informe de divulgaciones de su información de salud; o (iv) solicitar una divulgación de su información de salud, o si tiene otras preguntas, comuníquese con:

Administración del Plan

c/o Johns Hopkins Health Plans Compliance Department
7231 Parkway Drive, Suite 100
Hanover, MD 21076
Teléfono: 410-762-1575
Línea telefónica gratuita: 1-844-697-4071
Fax: 410-762-1502
Correo electrónico: MedicareCompliance@jhhp.org

Si considera que no se han respetado sus derechos de privacidad de conformidad con las leyes aplicables o según se explica en este Aviso, puede presentar una queja. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No sufrirá ningún tipo de sanción por presentar una queja.

Oficina de Privacidad de Johns Hopkins

733 N. Broadway, MRB, Suite 102B
Baltimore, MD 21205
Teléfono: 410-614-9900
Fax: 443-529-1548
Correo electrónico: hipaa@jhmi.edu

Derecho a una copia impresa de este Aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. También puede pedirnos que le enviemos una copia en cualquier momento. Puede disponer de copias de este aviso si las solicita a Johns Hopkins HealthCare LLC o se pone en contacto con la Oficina de Privacidad, tal como se explica arriba. También puede obtener una copia electrónica en el sitio web de Johns Hopkins, hopkinsmedicine.org/patientprivacy

Planes que acompañarán a este Aviso:

- Johns Hopkins Advantage MD (PPO)
- Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO)

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Johns Hopkins Advantage MD Group (PPO)
- Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)
- Johns Hopkins Advantage MD Primary (PPO)
- Johns Hopkins Advantage MD (HMO)
- Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)
- Johns Hopkins Advantage MD Tribute (HMO)
- Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)

Aviso de no discriminación

El Plan cumple todas las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en cuanto a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-293-5325 (TTY: 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-877-293-5325 (TTY: 711)。

Cambios futuros en las prácticas de privacidad del Plan y este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y las prácticas de privacidad de los Planes incluidos en este Aviso. Nos reservamos el derecho de aplicar la vigencia del Aviso revisado o enmendado en relación con la información de salud que ya tenemos sobre usted así como también en la información que recibamos en el futuro. El Aviso actual se publicará también en el sitio web de Johns Hopkins, hopkinsmedicine.org/patientprivacy. Además, puede solicitar una copia del Aviso actualmente vigente en cualquier momento.

Revisado el 1 de enero de 2024

Sección 1.4	Nosotros debemos darle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Como miembro de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP, tiene derecho a obtener diferentes tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio de Atención al Cliente.

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de las condiciones financieras del plan.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red** Usted tiene derecho a que le brindemos información sobre las cualificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red, y sobre la forma en que les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al momento de usarla.** Los Capítulos 3 y 4 ofrecen información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 ofrecen información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de los motivos por los cuales un servicio médico o medicamento de la Parte D no están cubiertos para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también brinda información sobre cómo solicitarnos cambiar una decisión, proceso también llamado apelación.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado
--------------------	----------------------------------------------------------------------

Tiene el derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su cuidado médico

Usted tiene derecho a que sus médicos y otros proveedores de cuidados de la salud le proporcionen información completa. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento de *una manera que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones acerca de su cuidado médico. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre cuál tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir toda la información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a gestionar su medicación y hacer uso de sus medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe acerca de los riesgos involucrados en su cuidado. Debe ser notificado con anterioridad si alguna propuesta de atención médica o tratamiento médico es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la elección de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otra instalación médica, incluso si el médico le recomienda lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse en caso de que no pueda tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces las personas no tienen la capacidad de tomar decisiones de cuidado médico por sí mismos debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir qué quiere que ocurra si se encuentra en esa situación. Esto quiere decir que, *si usted lo desea*, puede:

- Llenar un formulario escrito para **otorgarle a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento no puede tomarlas por sí mismo.
- **Suministrar instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que usted desea que manejen su atención médica si no puede tomar las decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que usted puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y hay diferentes nombres para referirse a ellas. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder notariado para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea usar una directiva anticipada para dar sus indicaciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. Algunas veces puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. Puede comunicarse también con el Servicio de Atención al Cliente para solicitar los formularios.
- **Complételo y fírmelo.** Sin importar dónde haya obtenido el formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Considere pedirle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas indicadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que menciona en el formulario como la encargada de tomar las decisiones en su lugar si usted no puede hacerlo. Quizá quiera darles copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en su casa.

Si sabe con antelación que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve consigo una copia al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si usted ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si usted lo tiene a la mano.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de directivas anticipadas (incluso si desea firmarlo cuando esté en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

¿Qué ocurre si no siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una declaración de voluntad anticipada, y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones en esta, puede presentar una queja ante el Procurador general de Maryland.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que volvamos a considerar las decisiones que hayamos tomado
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar una cobertura, o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica qué puede hacer. Cualquiera sea la opción que elija, ya sea solicitar una decisión de cobertura, apelar o presentar una queja, **es nuestra obligación tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no están siendo respetados?
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Si considera que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no se están respetando debido a su raza, discapacidad, religión, género, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual, o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo más?

Si considera que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no se están respetando y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene:

- Puede **comunicarse con Atención al Cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos.
--------------------	---------------------------------------------------------

Existen muchos lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **comunicarse con Atención al Cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare.**

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
- O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Las cosas que necesita hacer como miembro del plan se presentan a continuación. Si tienes alguna pregunta, llame al Servicio de Atención al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta Evidencia de cobertura para conocer lo que está cubierto para usted y las normas que necesita seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 ofrecen detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 ofrecen detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si usted tiene otra cobertura de seguro médico o medicamentos recetados adicional a nuestro plan, debe notificarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre cómo coordinar estos beneficios.
- **Hágale saber a su médico y otros proveedores de servicios médicos que está afiliado a nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan y su tarjeta del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) siempre que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores para que lo ayuden, brindándoles información, haciendo preguntas y haciendo seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y demás proveedores sobre sus problemas de salud. Siga los planes del tratamiento y las instrucciones que usted y su médico acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos, vitaminas y suplementos de venta libre.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y de obtener una respuesta que usted pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude a que el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas lleven a cabo sus labores sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro del plan.
- Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene estos servicios o medicamentos.
- Si debe pagar un monto adicional por la Parte D debido a su ingreso más alto (según lo reportado en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo de igual forma** para así mantener su registro de membresía al día y tener su información de contacto.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede permanecer como miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

*Qué hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de
cobertura, apelaciones, quejas)*

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1. Qué hacer si tiene un problema o queja

En este capítulo se explican los procesos para manejar problemas y dudas. El proceso que use para manejar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema es sobre beneficios cubiertos por **Medicare** o el **Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)**. Si desea ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), o ambos, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.
2. El tipo de problema que usted tiene:
 - Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**; también llamadas reclamos.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene una serie de normas, procedimientos y plazos que tanto usted como nosotros debemos respetar.

La guía que se encuentra en la sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y qué debería hacer.

Sección 1.2 Con respecto a los términos legales.

Existen términos legales para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos no le resultan familiares a la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender. Para simplificar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo por lo general se dice presentar una queja en vez de hacer un reclamo, decisión de cobertura en vez de determinación de la organización, o determinación de cobertura o determinación a riesgo y Organización de Revisión Independiente en vez de Entidad de Revisión Independiente.
- También utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en ocasiones muy importante) que usted conozca los términos legales correctos. Conocer qué término utilizar le ayudará a comunicarse de forma más precisa para obtener la ayuda o la información correcta para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Aún si usted tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a honrar su derecho a quejarse. Por lo tanto, usted debería siempre contactar a servicios al consumidor para buscar ayuda. Pero en algunas situaciones, puede desear obtener ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación le mencionamos dos entidades que pueden asistirle.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado cuenta con un programa gubernamental con consejeros entrenados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe seguir para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle asesoría sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP son gratuitos. Puede encontrar los números telefónicos y los URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede recibir ayuda e información del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud de Maryland. Puede llamar al 1-877-463-3464, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede escribir al Departamento de Salud de Maryland en 201 Preston Street, Baltimore, MD 20201. Puede visitar el sitio web de Medicaid (<https://health.maryland.gov>).

SECCIÓN 3 Para abordar su problema, ¿qué procesos debe usar?

Dado que usted tiene Medicare y recibe asistencia del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), usted tiene diferentes procesos que puede usar para manejar su problema o queja. El proceso que siga depende de si el problema se trata de los beneficios de Medicare o del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Si su problema es sobre un beneficio cubierto

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

por Medicare, entonces debe seguir el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), entonces debe seguir el proceso del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Si desea ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

Los procesos de Medicare y del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) se describen en diferentes partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debería leer, use la siguiente tabla.

¿Su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)?

Si desea ayuda para decidir si su problema tiene que ver con los beneficios de Medicare o los beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

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

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare**.

Mi problema es sobre la cobertura del **Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)**.

Salte a la **Sección 12** de este capítulo, “**Manejo de problemas sobre sus beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)**”.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 **Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare**

Sección 4.1	¿Debería seguir el proceso para decisiones y apelaciones de coberturas? ¿O debería seguir el proceso para presentar una queja?
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si usted tiene un problema o duda, solo necesita leer las partes de este capítulo que conciernen a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre **los beneficios cubiertos por Medicare**.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para descifrar qué parte de este capítulo puede ayudarlo con su problema o duda sobre los beneficios de **Medicare**, utilice la siguiente tabla:

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas para determinar si la atención médica (elementos médicos, servicios médicos y/o medicamentos recetados de la Parte B) están cubiertos o no, la manera en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Siga a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Avance hasta la **Sección 11** que se encuentra al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes.**

SECCIÓN 5 Guía básica sobre decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1	Solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones: panorama general
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------

Las decisiones de cobertura y apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de su atención médica (elementos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B, lo que incluye el pago) Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los elementos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B con el término **atención médica**. Usted usa los procesos de decisión de cobertura y apelación para temas como saber qué está cubierto y qué no, y el modo en que algo se cubre.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo refiere a un médico especialista que no está dentro de la red, esta remisión es considerada una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este médico especialista, o que la Evidencia de

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Cobertura deje en claro que el servicio al cual se lo remitió nunca será cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitar una decisión de cobertura si su médico tiene dudas sobre si nosotros cubriremos un servicio médico particular o si se rehúsa a proporcionarle una atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos su atención médica antes de que la reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, una solicitud para decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos su solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en las que una solicitud sería rechazada son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado a hacerlo, o si usted solicita que su solicitud sea retirada. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, le enviaremos una notificación explicando por qué la solicitud fue rechazada y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomaremos una decisión de cobertura para usted siempre que decidamos qué es lo que se cubre y cuánto pagaremos. En algunos casos, podríamos decidir que cierta atención médica no están cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho, ya sea antes o después de recibir un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Bajo ciertas circunstancias, que discutiremos más adelante, usted puede solicitar una **apelación rápida** o expedita, de una decisión de cobertura. Su apelación la maneja un personal diferente al que tomó la decisión inicial.

Cuando apela una decisión por primera vez, se la llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para ver si seguimos las normas adecuadamente. Al terminar la revisión le haremos saber nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos su solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en las que una solicitud sería rechazada son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado a hacerlo, o si usted solicita que su solicitud sea retirada. Si rechazamos una solicitud una solicitud de apelación Nivel 1, le enviaremos una notificación explicando por qué la solicitud fue rechazada y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos toda o parte de su Apelación de Nivel 1, con respecto a su atención médica, su apelación puede pasar automáticamente a una Apelación de Nivel 2, dirigida por una organización revisora independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **sección 6.4** de este capítulo.
- Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, usted tendrá que solicitar una Apelación de Nivel 2. Las apelaciones sobre la Parte D están explicadas en más detalles en la Sección 7 de este capítulo).

Si no queda satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, usted puede seguir con niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de los niveles de apelación 3, 4 y 5).

Sección 5.2 **Cómo obtener ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

Estos son recursos que puede utilizar si decide solicitarnos cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **comunicarse con nosotros llamando al Servicio de Atención al Cliente.**
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Por favor, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario de *Designación de Representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.hopkinsmedicare.com).
 - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se niega su apelación en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico o quien le receta puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su médico o quien le receta puede solicitar una Apelación de Nivel 2.
- **Puede autorizar a alguien para que actúe en su nombre.** Si usted lo desea, puede nombrar a una persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar, u otra persona sea su representante, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario de *Designación de Representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.hopkinsmedicare.com). El formulario le da a esa persona el permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea nombrar como representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- A pesar de que podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se descartará. Si esto ocurre, le enviaremos una notificación por escrito en donde se le explicará su derecho de solicitarle a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contactar a su abogado de confianza, conseguir el nombre de un abogado de su colegio local de abogados u otro servicio de remisión. También existen grupos que le ofrecerán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo ofrece detalles de su situación?
--------------------	-----------------------------------------------------------------------

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene normas y plazos diferentes, proporcionamos los detalles para cada una de ellas en una sección separada:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos que cubramos una estadía mayor en el hospital si cree que le están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza demasiado pronto (*solo aplica para estos servicios*: servicios de atención de salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Servicio de Atención al Cliente. También puede recibir ayuda o información de organizaciones gubernamentales, tales como su Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas con la cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos su atención médica
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Esta sección aborda sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

En esta sección se explica qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe cierto tipo de atención médica que desea y considera que está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de salud quiere administrarle y usted considera que dicha atención está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 6.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera que debería estar cubierta por el plan, pero nos hemos negado a pagar por ella. **Presentar una apelación Sección 6.3.**
4. Ha recibido y pagado por atención médica que usted considera que debería estar cubierta por el plan y desea solicitarle a nuestro plan un reembolso por esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le informó que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo, y que fue previamente aprobada por nosotros, será reducida o suspendida y usted considera que esa decisión puede afectar su salud. **Presentar una apelación Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que será suspendida es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada, o servicios en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Hay reglas especiales que aplican a estos tipos de cuidado.

Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura
--------------------	--------------------------------------------------------------

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Términos legales**

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se le llama **determinación de la organización**.

Una decisión rápida de cobertura es llamada **determinación expedita**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Una decisión estándar de cobertura generalmente es emitida dentro de los 14 días o en 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida de cobertura generalmente es emitida dentro de las 72 horas para servicios médicos, o en 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Usted puede solicitar *solo* cobertura para artículos médicos y/o servicios (no solicitar pago de artículos y/o servicios que ya han sido *recibidos*).
- *Solo* puede recibir una decisión rápida de cobertura si el uso de los plazos estándares podría dañar *gravemente su salud o alterar su capacidad de funcionar*.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere de una decisión de cobertura rápida, automáticamente acordaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico solicita una decisión rápida de cobertura, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar, en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud a fin de que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 le brinda información de contacto.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones estándar de cobertura usamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos respuesta dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud **para un servicio o artículo médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja acelerada". Le daremos una respuesta tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para decisiones rápidas de cobertura utilizamos un período expedito.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en menos de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja acelerada". (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto tomemos la decisión.
- **Si rechazamos su solicitud de forma total o parcial**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede presentar una apelación.

Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a pedirnos una reconsideración de la decisión a través de una apelación. Esto significa volver a pedir la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1****Términos legales**

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración**.

La apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una “apelación estándar” generalmente es resuelta dentro de los 30 días. Una apelación rápida generalmente es resuelta dentro de las 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, nosotros se la daremos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que se necesitan para obtener una decisión de cobertura rápida que se encuentran en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** El Capítulo 2 le brinda información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 le brinda información de contacto.
- **Usted debe solicitar una apelación dentro de 60 días calendario** desde la fecha que aparece en la notificación escrita que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo por el que su apelación se atrasa cuando presente su apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para apelar. Ejemplos de una buena causa incluyen, por ejemplo, tener una enfermedad grave que no le permitió contactarnos o que le hayamos informado de forma incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para realizar la apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información respecto a su decisión médica. Usted y su médico pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Corroboramos que hayamos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recolectaremos más información si la necesitamos, probablemente contactaremos a usted o a su médico.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación rápida

- Para los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es en relación a un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro 72 horas (o si existe un período de tiempo extendido al término de dicho período), automáticamente debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 de este capítulo explica el proceso de una apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial para su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente remitiremos su apelación a una organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de 30 días calendario** luego de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos una respuesta antes, si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es en relación a un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podremos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si cree que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja acelerada". Cuando presente una queja acelerada, le daremos una respuesta dentro de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta para ese plazo (o para el término del plazo extendido), enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 de este capítulo explica el proceso de una apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es en relación a un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es en relación a un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si nuestro plan rechaza de forma total o parcial su solicitud, enviaremos automáticamente su apelación a una organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: ¿Cómo se procesa una apelación de Nivel 2?

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es la **Entidad de Revisión Independiente**. En ocasiones se le llama **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se le llama **expediente del caso**. **Usted tiene el derecho a solicitar una copia del expediente de su caso.**
- Tiene el derecho de entregar información adicional a la organización de revisión independiente para apoyar su apelación.
- Los analistas de la organización de revisión independiente evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si en el Nivel 1 tuvo una apelación rápida, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que lo beneficie, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si en el Nivel 1 tuvo una apelación estándar, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** de recibir su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que lo beneficie, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará acerca de su decisión por escrito y le explicará las razones de dicha decisión.

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa de forma total o parcial para su solicitud**, debemos autorizar la cobertura de atención médica **dentro de 72 horas** o debemos proporcionarle el servicio dentro de **14 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar** o proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar** o **dentro de las 24 horas** siguientes a la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la respuesta de la organización de revisión es negativa de forma total o parcial para su solicitud**, significa que ellos están de acuerdo con nuestro plan en que su petición (o parte de ella) de cobertura por atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **sostener la decisión** o **desestimar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión
 - Notificándole su derecho a realizar una apelación en el Nivel 3, si el valor monetario de la cobertura de la atención médica que usted está solicitando alcanza cierto monto mínimo. En la notificación escrita que usted recibe de la organización de revisión independiente se le informará el valor monetario que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea seguir adelante con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles). Si quiere proceder al Nivel 3 de apelación, los

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la apelación de Nivel 2.

- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita el reembolso de una factura que ha recibido por atención médica?

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura que supera su copago por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **Usted no debe pagar esa factura.** Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y se encargará del problema. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

La solicitud de un reembolso es una solicitud de decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía la documentación solicitando un reembolso, nos está solicitando tomar una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, corroboraremos que la atención médica por la cual usted pagó corresponde a un servicio cubierto. También corroboraremos que haya seguido todas las normas establecidas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo dentro de 60 días calendario de recibir su petición. Si no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió las normas, no le enviaremos el pago. En vez de hacerlo, le enviaremos una carta donde le explicaremos que no efectuaremos el pago de su atención médica y las razones correspondientes.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su petición, **usted puede presentar una apelación.** Si realiza una apelación, significa que nos está solicitando cambiar la decisión de cobertura que hicimos cuando rechazamos su petición de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en el punto 5.3 de esta Sección. Para apelaciones relacionadas con un reembolso, por favor tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta dentro de 60 días calendario luego de recibir su apelación. Si nos está solicitando el reembolso por atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que deberíamos pagar, debemos enviar el pago a usted o a su proveedor dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones luego del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o a su proveedor dentro de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 En esta sección se explica qué hacer en caso de tener un problema para obtener medicamentos de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D.

Sus beneficio incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para recibir la cobertura, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para más información acerca de una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles acerca de los medicamentos de la Parte D, las reglas, restricciones y costos, por favor consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección solo aborda sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, por lo general, decimos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez que se mencionan. También usamos el término "Lista de medicamentos" en vez de *Lista de medicamentos cubiertos*, o *Formulario*.

- Si usted no sabe si un medicamento está cubierto o si usted cumple con las reglas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que usted solicite nuestra aprobación antes de que le brindemos la cobertura.
- Si su farmacia le indica que su receta no puede ser surtida como está escrita, la farmacia le entregará una notificación por escrito que le explicará cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal

A una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos Parte D se le conoce como **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan*. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Solicitar que anulemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como por ejemplo, los límites sobre la cantidad del medicamento que puede obtener) **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 7.4**
- Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Solicitarnos un reembolso. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se explica cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?**Términos legales**

En ocasiones, la solicitud de la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se conoce como una solicitud de **excepción del formulario**.

En ocasiones, solicitar que se elimine una restricción sobre un medicamento cubierto se conoce como una solicitud de **excepción del formulario**.

A la solicitud de pagar un precio menor por un medicamento cubierto no preferido a veces se la llama solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no se encuentra cubierto de la manera en que a usted le gustaría que lo estuviese, puede solicitarnos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico, u otra persona que le recete, deberá explicar las razones médicas por las cuales necesita que se apruebe la excepción. Aquí tenemos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona que receta pueden solicitarnos:

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no aparece en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el monto de costo compartido aplicable a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción del costo compartido que requerimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones**Su doctor debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o profesional que le receta debe proporcionarnos una declaración donde explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o profesional que le receta cuando solicite una excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición particular. Estas diferentes posibilidades reciben el nombre de medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo sería tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* le aprobaremos su petición de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aceptamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación por lo general es válida hasta el final del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando su médico continúe recetando su medicamento y que este continúe siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión mediante una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una solicitud de excepción.**Término legal**

Una “decisión rápida de cobertura” se le llama **determinación expedita de cobertura**.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Las decisiones estándar de cobertura son resueltas dentro de las **72 horas** siguientes a la recepción del informe de su médico. **Las decisiones rápidas de cobertura** son resueltas dentro de las **24 horas** siguientes a la recepción del informe de su médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión rápida de cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Usted debe estar solicitando un medicamento que aún no recibió. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si está solicitando el reembolso por un medicamento que ya compró).
- Seguir los plazos estándar podría causar daños graves a su salud, o dañar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otra persona que escribe la receta nos indican que su salud requiere de una decisión rápida de cobertura, automáticamente acordaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de otra persona que le recete, decidiremos si su salud requiere una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otra persona que escribe la receta solicitan una decisión rápida de cobertura, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Le informa cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar, en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos su queja en el transcurso de 24 horas después de que la hayamos recibido.

Paso 2: Solicite una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para hacer su solicitud a fin de que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud escrita, incluyendo una solicitud según el *formulario de Solicitud de determinación de cobertura modelo CMS* o nuestro formulario del plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web. El Capítulo 2 le brinda información de contacto. También puede enviar una determinación de cobertura electrónicamente en nuestro sitio web. Visite www.hopkinsmedicare.com y haga clic en “For Members”. La información que envíe se envía a una ubicación segura. Para ayudarnos a procesar su solicitud, por favor asegúrese de incluir su nombre, información de contacto, e información que identifique la queja denegada que está siendo apelada.

Usted, su médico (u otra persona que redacte la receta) o su representante pueden hacer esto. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

capítulo le indica cómo puede darle un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, debe proporcionar la declaración de soporte**, que enumera las razones médicas para la excepción. Su médico u otra persona que le receta puede enviarnos dicho informe por fax o por correo. O pueden informarnos por vía telefónica y luego enviarnos por fax o correo una declaración por escrito si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, debemos darle una respuesta **dentro de 24 horas** después de recibir su apelación.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas siguientes a recibir la declaración de su médico que respalde su petición. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro del plazo, estamos obligados a enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos su solicitud de forma total o parcial**, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud o del informe médico que la respalda.
- **Si rechazamos su solicitud de forma total o parcial**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que aún no recibió

- Generalmente, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas** luego de recibir su apelación.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes a recibir la declaración de su médico que respalde su petición. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro del plazo, estamos obligados a enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos su solicitud de forma total o parcial**, debemos **proporcionar la cobertura** acordada **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud o del informe médico que la respalda.
- **Si rechazamos su solicitud de forma total o parcial**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago por un medicamento que ya compró.

- Debemos darle una respuesta **dentro de 14 días calendario** luego de recibir su petición.
 - Si no le damos una respuesta dentro del plazo, estamos obligados a enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es afirmativa de forma total o parcial,** debemos realizar el pago dentro de 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud de forma total o parcial,** le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a pedirnos una reconsideración de la decisión a través de una apelación. Esto significa volver a pedir la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1
--------------------	-------------------------------------------------------------

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación .

La apelación rápida también se denomina redeterminación acelerada .

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una apelación estándar generalmente es resuelta dentro de los 7 días. Una apelación rápida generalmente es resuelta dentro de las 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de un medicamento que no ha recibido, usted y su médico o profesional que le receta deberán decidir si necesita una apelación rápida.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que se necesitan para obtener una decisión de cobertura rápida que se encuentran en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico, u otra persona que redacta la receta debe contactarnos y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **Para las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 le brinda información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, preséntelas por escrito o llámenos al 1-877-293-4998.** El Capítulo 2 le brinda información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita**, incluyendo una solicitud que se presente en el *Modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS* (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid), el cual se encuentra disponible en nuestro sitio web. Por favor asegúrese de incluir su nombre, información de contacto, e información relacionada con su queja para ayudarnos a procesar su solicitud.
- También puede enviar una determinación de cobertura electrónicamente en nuestro sitio web. Visite www.hopkinsmedicare.com y haga clic en “For Members”. La información que envía se envía a una ubicación segura.
- **Usted debe solicitar una apelación dentro de 60 días calendario** desde la fecha que aparece en la notificación escrita que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo por el que su apelación se atrasa cuando presente su apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para apelar. Ejemplos de una buena causa incluyen, por ejemplo, tener una enfermedad grave que no le permitió contactarnos o que le hayamos informado de forma incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para realizar la apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Corroboramos que hayamos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico u otro profesional que le receta para obtener más información.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación rápida

- Para los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 de este capítulo explica el proceso de una apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos su solicitud de forma total o parcial**, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial para su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de 7 días calendario** luego de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su condición de salud lo requiere.
 - Si no le damos una decisión dentro de 7 días calendario, debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 de este capítulo explica el proceso de una apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos total o parcialmente su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde que en el transcurso de **7 días calendario** después de haber recibido su apelación. **Si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial para su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago por un medicamento que ya compró.

- Debemos darle una respuesta **dentro de 14 días calendario** luego de recibir su petición.
 - Si no le damos una respuesta dentro del plazo, estamos obligados a enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es afirmativa de forma total o parcial**, debemos realizar el pago dentro de 30 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos su solicitud de forma total o parcial**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere seguir con el proceso de apelaciones y realizar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es la **Entidad de Revisión Independiente**. En ocasiones se le llama **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otro profesional que le recete) debe contactar a la organización de revisión independiente y solicitar que se revise su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo realizar una Apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede realizar una apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo contactar a la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión en el plazo correspondiente, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación **en riesgo** bajo nuestro programa de administración de medicamentos, automáticamente remitiremos su queja a la IRE.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se le llama **expediente del caso**. **Usted tiene el derecho a solicitar una copia del expediente de su caso.**
- Tiene el derecho de entregar información adicional a la organización de revisión independiente para apoyar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los analistas de la organización de revisión independiente evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización está de acuerdo con darle una apelación rápida, esta deberá darle respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** luego de la recepción de su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los siguientes 7 días calendario** de recibir su apelación en caso de que sea por un medicamento que no ha recibido aún. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 14 días calendario** después de recibir su apelación.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente a su solicitud es afirmativa de forma total o parcial**, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Para apelaciones estándar:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente a su solicitud es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud de cobertura**, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
- **Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de pago** por un medicamento que usted ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los siguientes 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa de **forma total o parcial** para su apelación, significa que ellos están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (A esto se le llama **sostener la decisión**. También se le llama **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión
- Notificándole su derecho a realizar una apelación en el Nivel 3, si el valor monetario de la cobertura de medicamentos que usted está solicitando alcanza cierto monto mínimo. Si

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

el valor monetario de la cobertura del medicamento que está solicitando es muy bajo, no puede hacer otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva.

- Informándole del valor monetario que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea seguir adelante con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles).
- Si quiere continuar al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía mayor en el hospital si cree que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos sus servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que sea dado de alta. También ayudarán a programar los cuidados que podría necesitar después del alta.

- El día que deja el hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se determine su fecha de alta, su médico, o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una estadía mayor en el hospital y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su estadía hospitalaria como paciente, usted recibirá una notificación por escrito de parte de Medicare donde le explican sus derechos

Dentro de los dos días de haber sido admitido en el hospital, se le entregará una notificación por escrito llamada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe este aviso por parte de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), pídale a cualquier empleado del

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

hospital que se lo proporcione. Si necesita ayuda, llame al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo comprende. Le indica:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye su derecho a conocer dichos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho involucrarse en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde notificar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que le están dando de alta muy pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora en su fecha de alta para que cubramos su permanencia en el hospital durante un período de tiempo más largo.

2. Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar la notificación *únicamente* indica que recibió la información acerca de sus derechos. Esta notificación no le informa su fecha de alta. Firmar la notificación **no significa** que usted esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. Guarde su copia de la notificación para que tenga la información sobre cómo realizar una apelación a mano (o reportar alguna preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha de alta, obtendrá otra copia antes de que se le dé el alta.
- Si desea consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si desea solicitar la cobertura de servicios de hospitalización por un período más prolongado, necesitará seguir el proceso de apelaciones para hacer esta petición. Antes de comenzar, comprenda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna duda o necesita ayuda, por favor llame al Servicio de Atención al Cliente. O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Esta corrobora si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que son financiados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Contacte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo contactar a esta organización. O encuentre el nombre, dirección, y número telefónico de su Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para realizar su apelación, debe contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **no después de la medianoche del día de su alta.**
 - **Si cumple con este plazo,** usted podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera obtener la decisión por parte de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *usted podría tener que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Una vez que usted solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nos contactará. Para el mediodía del día siguiente al día que fuimos contactados, le haremos llegar un **Aviso detallado del alta.** Este aviso le indica su fecha de alta

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

planificada y le explicará en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (médicamente apropiado) que se le dé de alta en esa fecha.

Usted puede obtener una copia del Aviso detallado del alta llamando al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede leer una muestra del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los analistas”) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de sus servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Quienes realizan la revisión también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les demos.
- Al mediodía del día siguiente al que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso escrito donde se indicará su fecha programada de alta. Este aviso también le explicará en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (médicamente apropiado) que se le dé de alta en esa fecha.

Paso 3: Un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión resuelve de manera afirmativa, **debemos seguir proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado por el tiempo que los servicios sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si aplican). Además, sus servicios de hospitalización cubiertos podrían tener límites.

¿Qué ocurre si la respuesta es negativa?

- Si la organización responde de manera negativa, significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado cesará** al mediodía del día siguiente al que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta sobre su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la organización responde *negativamente* y usted decide permanecer en el hospital, entonces **podría tener que pagar todos los costos** por la atención hospitalaria que reciba hasta el mediodía del día siguiente al que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta sobre su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Durante una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta planificada.

Paso 1: Contacte nuevamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro los de 60 días calendario** siguientes al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los analistas de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud para una revisión de Nivel 2, los analistas tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión da una respuesta afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura de su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que existan limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión da una respuesta negativa:

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su Apelación de Nivel 1.
- La notificación que recibirá le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted debe decidir si desea pasar al siguiente nivel de apelación, el Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles). Si quiere proceder al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta en el hospital?
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Término legal

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se le denomina apelación expedita .

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, existe otro modo de presentar su apelación.

Si emplea esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicítenos una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos está solicitando que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares. El Capítulo 2 le brinda información de contacto.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha de alta planificada, corroborando que sea médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, evaluamos toda la información sobre su permanencia en el hospital. Verificamos si su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Verificamos si la decisión sobre cuándo debía dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas de que haya solicitado una revisión rápida.

- **Si aceptamos su revisión rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted y que consideramos que usted aún necesita permanecer en el hospital luego de la fecha de alta. Seguiremos proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado por el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que haya limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, estamos diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios de hospitalización finaliza a partir del día en que indicamos que terminaría.
 - Si usted permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de dicha fecha de alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es la Entidad de Revisión Independiente . En ocasiones se le llama IRE .

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de 24 horas de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida sobre su apelación. Los analistas le darán una respuesta dentro de 72 horas.

- Los analistas de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos devolverle el dinero de su parte de los costos de la atención médica que recibió en el hospital desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar con la cobertura del plan para sus servicios de hospitalización durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto que reembolsaríamos o el tiempo que continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo en que su fecha de alta del hospital programada era médicamente apropiada.
- El aviso escrito que usted reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, y un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de ella.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir adelante con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles). Si los analistas rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide entre aceptar la decisión o avanzar hacia el Nivel 3.
- La Sección 10 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitar que le sigamos brindando cobertura para ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza muy pronto

Sección 9.1	<i>Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: Atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)</i>
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cuando reciba **atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

(Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) que estén cubiertos, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es tiempo de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a notificárselo con antelación. Cuando finalice su cobertura para ese tipo de atención, *dejaremos de pagar por su atención*.

Si usted considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos por adelantado cuando finalizará su cobertura**Término legal**

Aviso de no cobertura de Medicare. Le explica cómo puede solicitar una **apelación acelerada**. La solicitud de una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitarnos que modifiquemos nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizar su cobertura de atención médica.

1. **Usted recibe un aviso escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica. La notificación le informa:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención médica.
 - Cómo presentar una apelación acelerada para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención por un período de tiempo más extenso.
2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso escrito a modo de comprobación de que lo recibió.** Firmar la notificación *únicamente* indica que recibió la información acerca de cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que usted esté de acuerdo** con la decisión del plan de dejar de brindarle atención médica.

Sección 9.3 Paso a Paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período mayor.

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período más largo de tiempo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacer dicha solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna duda o necesita ayuda, por favor llame al Servicio de Atención al Cliente. O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación acelerada. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que usted recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, dirección, y número telefónico de su Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar una apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que detalla las razones por la cual su cobertura se detendrá.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los analistas) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de sus servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les haya proporcionado.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Al final del día, los analistas nos informarán sobre su apelación y usted también recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra que explicará en detalle las razones para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el transcurso de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores aprueban su apelación?

- Si los analistas *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si aplican). Además, podría haber límites sobre sus servicios cubiertos.

¿Qué ocurre si los revisores rechazan su apelación?

- Si los analistas *rechazan* su pedido, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo el cuidado médico domiciliario o la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total de esta atención** por su cuenta.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los analistas *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura de la atención haya terminado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a Paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período mayor.
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Durante una apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su cuidado médico domiciliario, o atención en un centro de enfermería especializado, o servicios de un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Contacte nuevamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Podría solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los analistas de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los analistas tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué ocurre si la organización revisora aprueba su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le indicamos que su cobertura terminaría. **Debemos continuar proporcionando la cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1.
- La notificación que recibirá le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, la cual es manejada por un juez de derecho administrativo o por un abogado litigante.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted debe decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, estos suman un total de cinco niveles de apelación. Si quiere continuar al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 9.5 Qué sucede si se vence la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?****En su lugar, puede apelar ante nosotros**

Tal como se explicó anteriormente, debe comunicarse rápidamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación (dentro de uno o dos días, como máximo). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, existe otro modo de presentar su apelación. Si emplea esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1**Término legal**

A la revisión rápida (o apelación rápida) también se le denomina **apelación expedita**.

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicítenos una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida.** Esto significa que nos está solicitando que le demos una respuesta usando los plazos rápidos en lugar de los plazos estándares. El Capítulo 2 le brinda información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos cuando finalizamos la cobertura para sus servicios.

- Durante esta revisión, evaluamos nuevamente toda la información de su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura del plan por los servicios que usted estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas de que haya solicitado una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo en que usted necesita los servicios por más tiempo y seguiremos proporcionando sus servicios cubiertos por el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le comunicamos que finalizaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que haya limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** entonces su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de dicha fecha.
- Si continuó recibiendo la atención médica a domicilio, o atención en un centro de enfermería especializada, o servicios de un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es la **Entidad de Revisión Independiente**. En ocasiones se le llama **IRE**.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** evalúa la decisión que tomamos sobre su apelación rápida. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería ser cambiada. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse del trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de 24 horas de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con este u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida sobre su apelación. Los analistas le darán una respuesta dentro de 72 horas.

- Los analistas de la organización de revisión independiente evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos devolverle el dinero por nuestra parte de los costos por la atención que usted recibió desde la fecha en indicamos que su cobertura finalizaría. También debemos continuar cubriendo su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto que reembolsaríamos o el tiempo que continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó en su primera apelación y no la cambiarán.
- La notificación escrita que usted recibe de la organización de revisión independiente le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar a una apelación de Nivel 3.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir adelante con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, estos suman un total de cinco niveles de apelación. Si quiere continuar al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 será revisada por un juez administrativo o por un abogado litigante. La Sección 10 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada si usted presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda proseguir a los niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es menor que el nivel mínimo, no puede continuar apelando. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, se explica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante aceptan su apelación, es posible que el proceso de apelaciones *concluya* o *no*.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizarle o proporcionarle la atención médica dentro de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado litigante.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos que la acompañan. Podemos esperar la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en disputa.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si el Juez de derecho administrativo o el abogado litigante rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado.***
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para continuar con una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de nivel 3 favorable, es posible que el proceso de apelaciones *haya o no haya terminado.*** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar o no esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, nosotros le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado.***
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no acepta la decisión, es posible usted podrá proseguir al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si el reglamento le permite continuar con una apelación de Nivel 5, y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5: un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aceptar o rechazar su solicitud. Esta es una respuesta final. No existen más niveles de apelación luego del Tribunal Federal del Distrito.

Sección 10.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada si usted presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si el valor del medicamento por el que ha apelado cumple con cierta cantidad monetaria, es posible que pueda proseguir a los niveles adicionales de apelación. Si la cantidad monetaria es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, se explica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o abogado litigante **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar en 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para continuar con una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar en 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no acepta la decisión, es posible usted podrá proseguir al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le indicará si el reglamento le permite continuar con una apelación de Nivel 5. También le indicará a quién contactar y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de Nivel 5: un juez del **Tribunal Federal del Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aceptar o rechazar su solicitud. Esta es una respuesta final. No existen más niveles de apelación luego del Tribunal Federal del Distrito.

SECCIÓN 11 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros asuntos**

Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas?**

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Aquí encontrará ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluyendo la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o divulgó su información confidencial?
Falta de respeto, servicio de atención al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está conforme con nuestro Servicio de Atención al Cliente? • ¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para acordar una cita o ha tenido que esperar demasiado tiempo para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo a médicos, farmaceutas u otros profesionales de la salud? ¿He esperado mucho al Servicio de Atención al Cliente o a otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Por ejemplo, ha tenido que esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o cuando surte una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o la condición de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que usted recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Omitimos enviarle un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita, es difícil de entender?

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas están todas relacionadas con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>Si usted ha solicitado una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos ha solicitado una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y se la negamos, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con los plazos para darle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con los plazos para proporcionarle cobertura o reembolsarle ciertos servicios o artículos médicos o medicamentos que han sido aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos los plazos establecidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también es conocida como un **reclamo**.
- **Presentar una queja** también es llamado **formalizar un reclamo**.
- El **uso del proceso para quejas** también es conocido como el **uso del proceso para la formalizar un reclamo**.
- Una **queja rápida** también es conocida como un **reclamo expedito**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicio de Atención al Cliente es el primer paso.** Si hay algo más que usted debe hacer, Servicio de Atención al Cliente se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede poner su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si desea utilizar el proceso escrito, así es como funciona:
 - Envíe su queja por escrito (también se le llama reclamo) sobre la atención médica a:
Johns Hopkins Advantage MD Grievances
P.O. Box 3507
Scranton, PA 18505
Número de fax: 1-855-825-7726
 - Envíe su queja por escrito (también se le llama reclamo) sobre la atención médica a:
Johns Hopkins Advantage MD
c/o CVS/Caremark Medicare Parte D Departamento de Reclamos
P.O. Box 30016
Pittsburgh, PA 15222-0330
Número de fax: 1-866-217-3353
- Usted puede presentar un reclamo verbalmente o por escrito, pero tiene tiempo hasta 60 días después del evento o incidente que originó el reclamo. Cuando usted presente un reclamo, actuaremos de manera rápida y adecuada, y llevaremos adelante una investigación completa del reclamo. La investigación completa incluye:
 - a. Revisar toda la documentación previa en el registro de los miembros.
 - b. Revisar el reclamo o los reclamos anteriores y actuales de los miembros en el registro.
 - c. Utilizar todo el material del plan, los sistemas y departamentos internos y externos para obtener la información necesaria para abordar y resolver el reclamo.
 - d. Revisar las notas de las llamadas previas para determinar qué podría haber contribuido al reclamo.
 - e. Revisar las grabaciones de las llamadas según sea necesario.

Se le notificará de nuestros hallazgos tan rápidamente como el caso lo requiera, en base al estado de salud del miembro. Los reclamos expeditos se tratarán de inmediato y al miembro se le entregará una resolución dentro de las 24 horas siguientes a la recepción del caso. Nuestra investigación de los reclamos regulares se completará dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que se reciba la solicitud oral o escrita, a menos que se extienda según lo permitan los reglamentos establecidos por CMS. Se le notificará de nuestros hallazgos verbalmente o por escrito. Somos responsables de procesar su reclamo dentro de los plazos establecidos por CMS.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde que usted tuvo el problema sobre el cual desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **La mayoría de las quejas se responden dentro de un período de 30 días calendario.** Si necesitamos información adicional, y la demora es beneficiosa para usted, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte de su queja, o con la totalidad de ella, o no asumimos la responsabilidad del problema por el cual usted presenta la queja, le haremos saber los motivos en nuestra respuesta.

Sección 11.4 Usted también puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Cuando su queja es sobre la *calidad* de la atención, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad está compuesta por un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud contratados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 le brinda información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 Usted también puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Johns Hopkins Advantage MD D-SNP directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE MARYLAND (MEDICAID)**SECCIÓN 12 Manejo de problemas sobre sus beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)**

Puede recibir ayuda e información del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para obtener más información y ayuda para manejar problemas, también puede contactar al Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Si tiene Medicare y Medicaid, algunos de los servicios de su plan también pueden estar cubiertos por el programa del Departamento de Salud (Medicaid) del estado de Maryland. Por lo tanto, si cree que le negamos indebidamente un servicio o el pago de un servicio, también puede tener derecho a solicitar al programa del Departamento de Salud (Medicaid) del estado de Maryland que pague el servicio. También puede tener apelaciones y quejas relacionadas con los servicios cubiertos por Medicaid. Consulte su Manual de Medicaid para obtener más información o comuníquese con la agencia del Departamento de Salud (Medicaid) del estado de Maryland a la información de contacto que figura en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento. El Plan le proporcionará asistencia razonable determinada por sus necesidades. Esto puede incluir, entre otros, ayudarlo a completar formularios, revisar su beneficio de Medicaid y abordar preguntas sobre reclamos, quejas y/o apelaciones.

CAPÍTULO 10:

Finalizar de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP puede ser **voluntaria** (es su propia elección) o **involuntaria** (no es su propia elección):

- Podría dejar nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo. Los Capítulos 2 y 3 ofrecen información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no toma la decisión de dejar el plan, pero nosotros nos vemos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 le explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si se va a dar de baja de nuestro plan, éste debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted seguirá pagando sus costos compartidos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía con nuestro plan?

Sección 2.1 Usted quizás pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)

La mayoría de las personas con Medicare solo puede cancelar su membresía durante épocas específicas del año. Puesto que tiene el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), quizás pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes períodos especiales de inscripción:

- de enero a marzo;
- de abril a junio;
- de julio a septiembre.

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar al siguiente período para cancelar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el Período de Inscripción Anual. La Sección 2.2 contiene más información sobre el Período de Inscripción Anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare
 - Original Medicare sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

- Si elige esta opción, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted haya cancelado la inscripción automática.

Nota: si abandona un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Comuníquese con su Oficina Estatal del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) para obtener información sobre sus opciones de planes del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) (los números telefónicos se indican en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía, por lo general, finalizará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de planes. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2	Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Puede finalizar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como Período de Inscripción Anual Abierta). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Anual** va del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir entre cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare

O BIEN

 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando inicie la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que se haya cancelado la inscripción automática.

Nota: Si abandona un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan**Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual de Medicare Advantage**

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- El **Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage**, que es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Desafilarse de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o cuando recibamos su solicitud de cambiarse a Original Medicare. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía del plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otras épocas del año. Se lo conoce como **Período Especial de Inscripción**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando se haya mudado.
- Si tiene el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).
- Si usted es elegible para “Ayuda Adicional” con el pago de sus recetas de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si usted recibe atención médica en una institución, tal como en un asilo de ancianos o en un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en un Programa de Cuidados Integrales para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

- **Nota:** Si usted se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 contiene más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos del tiempo de inscripción varían de acuerdo con su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período Especial de Inscripción, comuníquese con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud con Medicare y su cobertura de medicamentos de venta bajo receta. Usted puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados separado de Medicare.

Nota: Si abandona un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que se haya cancelado la inscripción automática.

Por lo general, **su membresía finalizará** el primer día del mes posterior al que se recibe su solicitud de cambio de plan.

Nota: las Secciones 2.1 y 2.2 contienen más información sobre el período de inscripción especial para personas con el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) y Ayuda Adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su membresía?
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------

Si tiene alguna pregunta con respecto a la cancelación de su membresía, puede:

- **Llame al Servicio de Atención al Cliente.**
- Puede encontrar la información en el Manual *Medicare y Usted 2024*.
- Contacte a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Cómo cancela su membresía a nuestro plan

La tabla a continuación explica cómo debería terminar su membresía de nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">Otro plan de salud Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.Cuando comience la cobertura de su plan nuevo, automáticamente será dado de baja de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP.
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.Cuando comience la cobertura de su plan nuevo, automáticamente será dado de baja de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP.
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare<ul style="list-style-type: none">Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que se haya cancelado la inscripción automática.Si usted se desafilia de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más de corrido, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe luego en algún plan de medicamentos de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese que el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto.También puede contactar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Se le cancelará su inscripción a de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si abandona un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) (Medicaid), comuníquese con el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) (Medicaid) al 1-410-767-6500 o al 1-800-492-5231. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Horario de atención: lunes a viernes 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener información sobre el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) (Medicaid) como doble elegible, comuníquese con la oficina local del Departamento de Servicios Sociales del Estado en:

DSS del Condado de Anne Arundel

80 West Street
Annapolis, MD 21401

(Edificio del Tribunal de Distrito)

7500 Ritchie Highway
Glen Burnie, MD 21061
Teléfono: 410-269-4500
Fax: 410-974-8566

Dirección de correo electrónico: aacounty.dhs@maryland.gov
Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

DSS del Condado de Baltimore

6401 York Road
Baltimore, Maryland 21212
Teléfono: 410-853-3000

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

DSS del Condado de Carroll

1232 Tech Court
Westminster, Maryland 21157
Teléfono: 410-386-3300
Fax: 410-386-3429

Dirección de correo electrónico: dldcarrolldept_dhr@maryland.gov
Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

DSS del Condado de Frederick

Dirección de correo:
P.O. Box 237,
Frederick, Maryland 21705

Ubicación:
1888 North Market Street
Frederick, Maryland 21701
Teléfono: 301-600-4555
Fax: 301-600-4550

Correo electrónico: FCDSS.info@maryland.gov.
Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

DSS del Condado de Howard

9780 Patuxent Woods Drive

Columbia, Maryland 21046

Teléfono: 410-872-8700

Dirección de correo electrónico: howco.dss@maryland.gov

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

DSS de Montgomery

Oficina principal (no Servicio Público)

401 Hungerford Drive, 5th Floor

Rockville, Maryland 20850

DHHS Silver Spring Center

8818 Georgia Ave.

Silver Spring, MD 20910

Oficinas del DHHS

1401 Rockville Pike

Rockville, MD 20852

Mid-County DHHS Building

1301 Piccard Drive

Rockville, MD 20850

Centro de Servicios Regionales del Norte del Condado

2nd Floor, 12900 Middlebrook Rd.

Germantown, MD 20874

Teléfono: 240-777-4513

Fax: 240-777-1494

TTY: usar el servicio de retransmisión MD 711

DSS del Condado de Somerset

30397 Mt. Vernon Road

Princess Anne, Maryland 21853

Teléfono: 410-677-4200

Fax: 410-677-4300

Dirección de correo electrónico: somerset.dss@maryland.gov

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

DSS del Condado de Washington

122 North Potomac Street

Hagerstown, Maryland 21740

Teléfono: 240-420-2100

Fax: 240-420-2125

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

DSS del Condado de Wicomico

201 Baptist Street, Suite 27

Salisbury, Maryland 21801

Teléfono: 410-713-3900

Fax: 410-713-3910

Dirección de correo electrónico: wicodss.county@maryland.gov

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

DSS del Condado de Worcester

299 Commerce Street

Snow Hill, Maryland 21863

P.O. Box 39

Snow Hill, Maryland 21863

Dirección de correo electrónico: worcester.dss@maryland.gov

Teléfono: 410-677-6800

Fax: 410-677-6810

Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Pregunte cómo puede afectar la forma en que recibe su cobertura de Medicaid del Departamento de Salud de Maryland si se une a otro plan o vuelve a Original Medicare. La inscripción en el plan Johns Hopkins Advantage MD D-SNP o la inscripción en Original Medicare u otro plan no afecta su capacidad para calificar para el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.

Hasta que su membresía en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP finalice, y su nueva cobertura de Medicare comience, usted debe continuar recibiendo artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Siga utilizando las farmacias de nuestra red o el servicio de órdenes por correo para surtirse de sus medicamentos con prescripción.**
- **Si está hospitalizado el día que su membresía finaliza, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan**SECCIÓN 5 Johns Hopkins Advantage MD D-SNP debe terminar su membresía con el plan en ciertas situaciones****Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?**

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP debe terminar su membresía con el plan si sucede cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no está inscrito a la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Como se indicó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles para ambos, Medicare y el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Debemos notificarle por escrito que tiene un período de gracia de 6 meses para recuperar la elegibilidad antes de que se cancele su inscripción. Para obtener más información sobre el período de gracia y cómo puede afectar sus costos según este plan, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1.
- Si no paga su obligación médica, si corresponde.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está lejos de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a la cárcel).
- Si usted ya no es un ciudadano de Estados Unidos o no está presente legalmente en Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que usted tenga que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos dio intencionalmente información incorrecta cuando se inscribió en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle abandonar nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una manera que sea perjudicial y dificulta que le proporcionemos atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle abandonar nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacerle abandonar nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare).
 - Si terminamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el inspector general.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare lo dará de baja de nuestro plan.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u>
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por alguna razón relacionada con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Si cancelamos su membresía a nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o formalizar un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de Evidencia de cobertura es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que usted reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nosotros no discriminamos por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley para la Atención Médica Asequible y todas las otras leyes que apliquen a organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley o norma que aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También, puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame al Servicio de Atención al Cliente. Si tiene una queja, tal como problemas de acceso con silla de ruedas, en Servicio de Atención al Cliente pueden ayudarle.

Johns Hopkins Advantage MD (HMO) y Johns Hopkins Advantage MD (PPO) cumplen con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminan con base en raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Johns Hopkins Advantage MD no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Johns Hopkins Advantage MD:

- Ofrece asistencia y servicios de manera gratuita a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, como: intérpretes calificados de lenguaje de señas, información por escrito en otros formatos (tipografía grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

Capítulo 11. Avisos legales

- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente llamando al número 1-877-293-5325 (TTY: 711).

Si cree que Johns Hopkins Advantage MD no le ha provisto estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentarnos un reclamo de la siguiente forma: Coordinador de cumplimiento de quejas de Johns Hopkins en 7231 Parkway Dr., Suite 100, Hanover, MD 21076, teléfono: 1-844-422-6957 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., o llamando al número 1-844-SPEAK2US (1-844-773-2528, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana), fax: 1-410-762-1527 o por correo electrónico: compliance@jhhc.com.

Puede presentar un reclamo en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, un coordinador de cumplimiento de Johns Hopkins Advantage MD está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera electrónica, en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles que se encuentra en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios para quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las regulaciones de CMS en CFR 42, secciones 422.108 y 423.462, Johns Hopkins Advantage MD D-SNP, como una Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que ejerce la Secretaría bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del CFR 42 y las reglas establecidas en esta sección, las cuales sustituyen cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios para pacientes que no necesitan una hospitalización y cuya permanencia prevista en el centro no excede las 24 horas.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, así como el pago por servicios o medicamentos que ya usted recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Período de beneficios: el modo en que tanto nuestro plan como Original Medicare mide su uso de servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Un período de beneficios comienza el día que usted ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido ningún servicio de hospitalización (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios finaliza, se iniciará un nuevo período de beneficios. No hay límite en cuanto al número de períodos de beneficios.

Producto biológico – Un medicamento recetado que es derivado de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias, o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos, y no pueden ser copiados exactamente, y las formas alternativas son llamadas biosimilares. Los biosimilares funcionan igual de bien, y son igualmente seguros, como los productos biológicos originales.

Biosimilar: medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares generalmente funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares generalmente requieren una nueva receta para sustituir el producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que les permiten sustituir el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, sujeto a las leyes estatales.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca ha expirado.

Etapa de cobertura catastrófica: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza después de que usted (u otras partes calificadas en su nombre) haya gastado \$8,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga todos los costos de sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Sin ningún costo.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Plan de necesidades especiales para condiciones crónicas: (C-SNP) son planes de necesidades especiales que restringen la inscripción en MA a individuos que tienen una o más de una condición crónica severa o incapacitante, tal como se define en el capítulo 42, sección 422.2 del Código de Regulaciones Federales, lo que incluye la restricción de la inscripción basada en comorbilidades múltiples comunes y grupos de condiciones clínicamente relacionadas tal como se especifica en el capítulo 42, sección 422.4(a1)(iv) del Código de Regulaciones Federales.

Coaseguro: una cantidad que usted puede estar obligado a pagar, expresada en forma de porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo por servicios o medicamentos recetados después de pagar los deducibles.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **hacer una reclamación**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los plazos del proceso de apelación.

Centro Ambulatorio de Rehabilitación Integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): una instalación que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que incluye fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y lenguaje, y servicios de evaluación del ambiente del hogar.

Copago: la cantidad que usted puede estar obligado a pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta médica, visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. El copago es un monto establecido (como por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: costos compartidos se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier monto deducible que un plan puede imponer antes de que los medicamentos o servicios sean cubiertos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico, o (3) cualquier monto de coaseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que un plan requiera cuando recibe un servicio o medicamento específico.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado para usted es cubierto por el plan y el monto, de haberlo, que usted debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y allí le informa que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que son cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando son elegibles para Medicare, por lo general pueden mantener esa cobertura sin pagar ninguna multa si después deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención supervisada: la atención supervisada es un servicio personal prestado en un hogar de reposo, en un hospicio o en otros centros cuando usted no necesita atención médica especializada o cuidados de enfermería especializada. La atención supervisada es asistencia personal que puede ser proporcionada por personas que no tienen experiencia o capacitación profesional, incluye, por ejemplo, ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o sentarse y levantarse de una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga por cuidado de custodia.

Servicio de Atención al Cliente: un departamento de nuestro plan responsable de contestar sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Tasa diaria de costo compartido: se puede aplicar una tasa diaria de costo compartido cuando el médico le receta un suministro por menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted está obligado a pagar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago, dividido entre el número de días con base en el suministro de un mes. Aquí se presenta un ejemplo: Si su copago para un mes de suministro de un medicamento es de \$30, y un mes de suministro en su plan es de 30 días, entonces su “tasa diaria de costo compartido” es \$1 por día.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por la atención médica o medicamentos antes de que nuestro plan pague.

Cancelación o desafiliación de la membresía: el proceso de poner fin a su membresía en nuestro plan.

Tarifa de surtido: un cargo que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtido de una receta, como por ejemplo, el tiempo que el farmacéutico dedica a preparar y empaquetar el contenido de la receta.

Plan de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP): los D-SNP pueden inscribir a individuos que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos de los costos de Medicare, lo que depende del estado y de la elegibilidad de la persona.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Persona con elegibilidad doble: una persona que califica para la cobertura de Medicare y el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).

Equipo Médico Duradero: ciertos equipos médicos que su médico le indica usar por razones médicas. Los artículos incluyen andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: Una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la perder su vida (y si usted es una mujer embarazada, la pérdida de su niño por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida de una función corporal o su deterioro severo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.

Cuidados de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) provistos por un proveedor calificado para suministrar servicios de emergencia, y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de Información: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, complementos u otra cobertura opcional seleccionada, que explique su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o recibir un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos recomendados a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Ayuda Adicional: un programa de Medicare o del estado para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), que tiene el (los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona tan bien como un medicamento de marca y normalmente cuesta menos.

Reclamo: tipo de queja que usted realiza sobre nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, lo que incluye las quejas acerca de la calidad de su atención. Esto no incluye disputas de cobertura ni de pago.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Asistente de salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de una enfermera con licencia o un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Hospicio: un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro que ha sido médicamente diagnosticado con una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los hospicios en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una estancia en el hospital cuando usted ha sido admitido formalmente para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se le podría considerar un paciente ambulatorio.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo extra que se agrega a su prima. Menos del 5 % de los beneficiarios de Medicare se ve afectado, por lo que la mayoría de la gente no pagará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales de medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y que su plan ha pagado en su nombre durante el año, hayan llegado a \$5,030.

Período inicial de inscripción: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período en que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare al cumplir 65 años de edad, su período inicial de inscripción es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años de edad, incluye el mes en que los cumple, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple los 65.

Plan Institucional para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente por 90 días o más en un centro de cuidado prolongado (long-term care, LTC). Estos establecimientos pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería, un centro de Cuidados Intermedios para Personas con Discapacidades Intelectuales, un hospital psiquiátrico, y/o establecimientos aprobados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid que brinden servicios de salud similares, de largo plazo, que estén cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare, o de Medicaid; y cuyos residentes tengan necesidades y estados de salud similares a los otros tipos de establecimientos mencionados. Un plan institucional para necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con (o ser dueño y operar) las instalaciones LTC específicas.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Plan Institucional Equivalente para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de cuidado institucional basado en la evaluación del estado. La evaluación se debe realizar utilizando el mismo nivel estatal respectivo para la herramienta de evaluación de cuidado y debe ser administrado por una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un Centro de Vida Asistida (Assisted living facility, ALF) contratado, si fuese necesario, para asegurar la prestación uniforme de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) (o Asistencia Médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas del Departamento de Salud del Estado de Maryland (Medicaid) varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).

Monto máximo de costos de bolsillo: lo máximo que usted paga de su propio bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por sus primas de la Parte A y la Parte de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan en el cálculo del monto máximo de costos de bolsillo. (**Nota:** debido a que nuestros miembros también reciben asistencia del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), muy pocas personas alcanzan la cantidad máxima de costos de bolsillo).

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, aunque la mayoría de los costos en cuidados de la salud están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con las normas aceptadas en la práctica médica.

Medicare: programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (Medicare Advantage, MA): a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindarle al usuario todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un i) HMO, ii) PPO, un iii) Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un iv) plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **Planes de Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

Programa de Descuento para la Transición de Cobertura de Medicare: un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de transición de cobertura y que no estén recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Servicios Cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios extra como los de oftalmología, odontología o audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y de la Parte B a los beneficiarios de Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes de Medicare Advantage, Planes de Costo de Medicare, Planes de Necesidades Especiales, Programas Piloto de Demostración, y Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE).

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

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): un seguro complementario de Medicare vendido por compañías privadas de seguros para cubrir las “transiciones” en Original Medicare. Las pólizas de Medigap funcionan únicamente con Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona que tiene Medicare que es elegible para recibir los servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan de aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan proveedores del plan.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Original Medicare (Medicare Tradicional o Pago por Servicio Medicare): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos al pagar a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención de la salud montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

Proveedores fuera de la red o Centros fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen a nuestro plan ni operan con él.

Costos de bolsillo: consulte la definición que se dio anteriormente de costo compartido. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de costo de bolsillo.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Plan PACE: un Plan PACE (siglas en inglés de Programa de Cuidados Integrales para Personas Mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de largo plazo (LTSS) para personas delicadas de salud a fin de ayudarlas a ser independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de reposo) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben ambos beneficios, los de Medicare y de Medicaid, a través del plan.

Parte C: consulte el plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden ser cubiertos bajo la Parte D. Podríamos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare, si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para afiliarse a un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de parte de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro por lo general será más elevado cuando se reciben beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre la suma total de sus costos de bolsillo por servicios tanto de proveedores dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: pago periódico que se hace a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención de salud por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): su médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización Previa: aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Prótesis y Órtesis: dispositivos médicos que incluyen, no taxativamente: soportes para brazos, espalda y cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, lo que incluye los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud, contratados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden estar en el costo del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real – Un portal o aplicación de computadora en la cual los inscritos pueden buscar información completa, precisa, actualizada, clínicamente apropiada, específica para cada miembro acerca de listas de medicamentos y de beneficios. Esto incluye los montos de costos compartidos, las formulaciones alternativas de medicamentos que pueden ser utilizadas para la misma afección de salud que el medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de Rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio : un área geográfica en la que usted debe vivir para unirse a determinado plan de salud. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede consultar, generalmente también es el área donde usted puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su membresía si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Centro de cuidados de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de rehabilitación y cuidados especializados de enfermería que se proporcionan de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo una enfermera registrada o un médico pueden proporcionar.

Plan para Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más orientada a grupos específicos de personas, como quienes tienen tanto del Departamento de Salud de Maryland (Medicare) como Medicaid, quienes residen en un hogar de reposo o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios Requeridos de Manera Urgente: los servicios que se necesitan de manera urgente son servicios cubiertos que no sean servicios de emergencia, que se brindan cuando los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o son inaccesibles, o cuando el miembro se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, si usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente y médicamente necesarios.

Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP

Método	Servicio de Atención al Cliente: Información de contacto
LLAME AL	<p>1-877-293-4998</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.</p> <p>Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.</p>
FAX	<p>1-855-206-9203</p>
ESCRIBA A	<p>Johns Hopkins Advantage MD P.O. Box 3538 Scranton, PA 18505</p>
SITIO WEB	<p>www.hopkinsmedicare.com</p>

Programa de seguro de salud para personas mayores (SHIP de Maryland)

El Programa de seguro de salud para personas mayores es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	410-767-1100 o al 1-800-243-3425
TTY	1-800-735-2258 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas con problemas de audición o habla.
ESCRIBA A	SHIP de Maryland c/o Maryland Department of Aging 301 West Preston Street, Suite 1007 Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

Declaración de divulgación de la PRA: En conformidad con la Ley de la Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, no es requerido que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que indique un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para tal recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



Declaración de accesibilidad de idioma

Contamos con servicios gratuitos de interpretación.

Inglés

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-293-5325 (TTY: 711). Someone who speaks [language] can help you. This is a free service.

Español (Spanish)

Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al 1-877-293-5325 (teléfono de texto (TTY: 711)). Alguien que hable español le ayudará. Este es un servicio gratuito.

繁體中文 (Chino)

我們有免費的翻譯服務，可以回答您對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯服務，請致電1-877-293-5325 (TTY: 711)。我們有會說中文的人可以幫助您。這是一項免費服務。

Tagalog (Filipino)

Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng tagasalin para masagot ang anumang mga katanungan na pwedeng mayroon ka tungkol sa aming planong pangkalusugan o gamot. Para makakuha ng tagasalin, tawagan lamang kami sa 1-877-293-5325 (TTY: 711). Maaari kang matulungan ng isang taong nagsasalita ng Tagalog. Ito ay isang libreng serbisyo.

Français (Francés)

Nous offrons des services d'interprétation gratuits afin de répondre aux questions que vous pourriez avoir concernant notre régime d'assurance-maladie ou de remboursement des médicaments. Pour bénéficier des services d'un interprète, il vous suffit de nous appeler au 1-877-293-5325 (TTY: 711). Un interlocuteur francophone vous aidera avec plaisir. Ce service est gratuit.

Tiếng Việt (Vietnamita)

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời cho quý vị các thắc mắc về chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-877-293-5325 (TTY: 711) và một người nói tiếng Việt sẽ hỗ trợ quý vị. Đây là một dịch vụ miễn phí.

Alemán (Deutsch)

Wir bieten Ihnen kostenlos Dolmetscherdienste an, um alle Fragen zu beantworten, die Sie in Bezug auf den Leistungskatalog Ihrer Krankenkasse oder die Übernahme von Arzneimittelkosten haben. Rufen Sie uns einfach an unter [1-877-293-5325 (TTY: 711)]. Ein deutschsprachiger Kollege wird Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.“

한국어 (Coreano)

저희는 무료 통역 서비스가 있어 건강이나 약품 플랜에 대해 궁금한 점이 있으시면 언제든지 답변해 드립니다. 통역사를 원하시면 1-877-293-5325 (TTY: 711) 로 전화 주십시오. 한국어를 할 줄 아는 사람이 도와드립니다. 이것은 무료 서비스입니다.

Русский (Ruso)

Мы предлагаем бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на любые вопросы по поводу нашего плана здравоохранения или медикаментов. Для того, чтобы получить переводчика, пожалуйста, позвоните по телефону 1-877-293-5325 (телетайп (TTY: 711)). Вам поможет человек, говорящий по-русски. Эта услуга бесплатна.

العربية (Árabe)

لدينا خدمات مجانية للاستعانة بمترجم فوري للإجابة على أي أسئلة قد تراودك حول خطتنا الصحية أو . ستتلقى 711 (الهاتف النصي: 1-877-293-5325 الدوائية. للحصول على مترجم فوري، يُرجى الاتصال بنا على المساعدة من شخص يتحدث اللغة العربية. هذه خدمة مجانية.

Italiano (Italiano)

Mettiamo gratuitamente a disposizione il servizio di un interprete per rispondere a eventuali domande in merito al nostro piano di assicurazione medica e copertura di farmaci. Per avvalervi dell'assistenza di un interprete, potrete telefonare al numero 1-877-293-5325 (TTY: 711); verrete aiutati da una persona che parla italiano. Il servizio è gratuito.

Portugués (Portuguese)

Temos serviços gratuitos de intérprete para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para obter um intérprete, ligue para 1-877-293-5325 (TTY: 711). Alguém que fala português poderá ajudar você. Este é um serviço gratuito.

Francés Criollo (Kreyòl Fransè)

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou kapab genyen sou plan sante nou an oswa sou plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, senpleman rele nou nan 1-877-293-5325 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Sa se yon sèvis gratis.

Polaco (Polski)

Oferujemy bezpłatne konsultacje z tłumaczem, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub lekowego. W celu kontaktu z tłumaczem, zadzwoń do nas pod numer [1-877-293-5325 (TTY: 711)]. Ktoś, kto mówi po polsku, udzieli Ci pomocy. Jest to usługa bezpłatna.

Hindi (हिन्दी)

हमारी सेहत और दवाई योजना के बारे में आपके मन में उठने वाले हर सवाल का जवाब देने के लिए हम मुफ्त अनुवादक सेवाएं प्रदान करते हैं। अनुवादक की सेवाएं प्राप्त करने के लिए, हमें [1-877-293-5325 (TTY: 711)] पर कॉल करें। कोई हिन्दी भाषी व्यक्ति आपकी मदद करेगा। यह सेवा मुफ्त है।

Japonés (日本語)

弊社では、健康保険・薬剤保険に関するお客様のご質問にお答えすべく、無料の通訳サービスをご用意しております。ご利用に際しては、1-877-293-5325 (TTY: 711)にお電話ください。日本語スタッフがお手伝いいたします。なお、同サービスは、無料です。

Aviso de no discriminación



Johns Hopkins Advantage MD (HMO) y Johns Hopkins Advantage MD (PPO) cumplen con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminan con base en raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Johns Hopkins Advantage MD no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Johns Hopkins Advantage MD:

- Ofrece asistencia y servicios de manera gratuita a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, como: intérpretes calificados de lenguaje de señas, información por escrito en otros formatos (tipografía grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente llamando al número 1-877-2935325 (TTY: 711).

Si cree que Johns Hopkins Advantage MD no le ha provisto estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentarnos un reclamo de la siguiente forma: Coordinador de cumplimiento de quejas de Johns Hopkins en 7231 Parkway Dr., Suite 100, Hanover, MD 21076, teléfono: 1-844-422-6957 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., o llamando al número 1-844-SPEAK2US (1-844-773-2528, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana), fax: 1-410-762-1527 o por correo electrónico: compliance@jhhp.org.

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, un coordinador de cumplimiento de Johns Hopkins Advantage MD está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera electrónica, en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles que se encuentra en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios para quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD

LLAME AL: 1-877-293-4998

Las llamadas a este número son gratuitas.

Del 1 de Octubre al 31 de Marzo, de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m.

Del 1 de Abril al 30 de Septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Los fines de semana y los feriados deberá dejar un mensaje.

Servicios al Miembro también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.

TTY: 711

Las llamadas a este número son gratuitas.

Del 1 de Octubre al 31 de Marzo, de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m.

Del 1 de Abril al 30 de Septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

FAX: 1-855-206-9203

ESCRIBA A: Johns Hopkins Advantage MD

P.O. Box 3538

Scranton, PA 18505

www.hopkinsmedicare.com

El Programa de seguro de salud para personas mayores (SHIP de Maryland) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

LLAME AL: 1-410-767-1100 o 1-800-243-3425

TTY: 711

ESCRIBA A: Maryland SHIP

c/o Maryland Department of Aging

301 West Preston Street, Suite 1007

Baltimore, MD 21201

www.aging.maryland.gov/Pages/StateHealthInsuranceProgram.asp

Declaración de divulgación de la PRA

En conformidad con la Ley de la Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, no es requerido que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que indique un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para tal recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.