

Advantage MD

2024



# EVIDENCIA DE COBERTURA

## Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)



**Del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2024**

## **Evidencia de cobertura:**

### **Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)**

Este documento le proporciona detalles sobre su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

**Por preguntas sobre este documento, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-877-293-5325. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son: Del 1 de Octubre al 31 de Marzo: De lunes a domingo, de 8:00 am a 8:00 pm; desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre: De lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. Esta llamada es gratuita.**

Este plan, Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO), 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 Premier (PPO).

Este documento está disponible gratis en español.

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

Los beneficios, las primas, los deducibles y los copagos o coaseguros pueden cambiar el 1 de Enero de 2025.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá aviso cuando sea necesario. Informaremos los cambios a los afiliados afectados al menos con 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y sus derechos. Úselo para entender lo siguiente:

- La prima y el costo compartido de su plan;
- Los beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Y0124\_PPO004EOC0923\_C

**Evidencia de cobertura para 2024****Índice**

<b>CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i></b> .....	<b>5</b>
SECCIÓN 1    Introducción .....	6
SECCIÓN 2    ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? .....	7
SECCIÓN 3    Materiales importantes sobre la membresía que recibirá.....	8
SECCIÓN 4    Costos mensuales de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) .....	10
SECCIÓN 5    Más información sobre su prima mensual .....	13
SECCIÓN 6    Mantener actualizado su registro de membresía del plan .....	15
SECCIÓN 7    Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan .....	16
<b>CAPÍTULO 2: <i>Números telefónicos y recursos importantes</i></b> .....	<b>18</b>
SECCIÓN 1    Información de contacto de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) (cómo contactarnos, lo que incluye cómo comunicarse con el 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 Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas para sus preguntas sobre Medicare).....	29
SECCIÓN 4    Organización de Mejoramiento de la Calidad .....	30
SECCIÓN 5    Seguro Social .....	31
SECCIÓN 6    Medicaid .....	32
SECCIÓN 7    Información acerca de los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados .....	33
SECCIÓN 8    Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios .....	36
SECCIÓN 9    ¿Tiene un seguro colectivo u otro seguro de salud proporcionado por un empleador? .....	37
<b>CAPÍTULO 3: <i>Uso del plan para sus servicios médicos</i></b> .....	<b>38</b>
SECCIÓN 1    Cosas que debe saber sobre cómo utilizar su atención médica como miembro de nuestro plan.....	39
SECCIÓN 2    Use los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica.....	40
SECCIÓN 3    Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, necesita atención urgente o durante un desastre .....	44
SECCIÓN 4    ¿Qué ocurre si le facturan directamente el costo total de sus servicios? .....	47
SECCIÓN 5    ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un estudio de investigación clínica? .....	47
SECCIÓN 6    Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud .....	49

SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos.....	51
<b>CAPÍTULO 4:</b>	<b><i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)</i></b> .....	<b>53</b>
SECCIÓN 1	Entendimiento de los costos de bolsillo por servicios cubiertos.....	54
SECCIÓN 2	¿Cómo utilizar la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar? .....	56
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? .....	118
<b>CAPÍTULO 5:</b>	<b><i>Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D</i></b> .....	<b>122</b>
SECCIÓN 1	Introducción .....	123
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan .....	123
SECCIÓN 3	Sus medicamentos necesitan estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	128
SECCIÓN 4	Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos .....	130
SECCIÓN 5	¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea? .....	132
SECCIÓN 6	¿Qué pasa si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?.....	135
SECCIÓN 7	¿Qué tipo de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan? .....	137
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta .....	139
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales .....	140
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y la manipulación de medicamentos.....	142
<b>CAPÍTULO 6:</b>	<b><i>Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D</i></b> .....	<b>145</b>
SECCIÓN 1	Introducción .....	146
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 .....	149
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra .....	149
SECCIÓN 4	No hay ningún deducible para el plan Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).....	151
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde por los costos de medicamentos y usted paga por su parte .....	151
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de transición de cobertura .....	156
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. ....	156
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las reciba.....	157

<b>CAPÍTULO 7: Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....</b>	<b>160</b>
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos .....	161
SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que ha recibido .....	163
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos.....	164
<b>Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades .....</b>	<b>166</b>
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan .....	167
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	180
<b>CAPÍTULO 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas) .....</b>	<b>182</b>
SECCIÓN 1 Introducción .....	183
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada .....	183
SECCIÓN 3 ¿Qué procesos debe llevar a cabo para solucionar su problema? .....	184
SECCIÓN 4 Una guía sobre la información básica de las decisiones de cobertura y apelaciones .....	185
SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura .....	189
SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	197
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos cubrir una mayor permanencia en el hospital si cree que su médico le da el alta demasiado pronto.....	208
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la continuación de la cobertura de ciertos servicios médicos si considera que la cobertura dura muy poco .....	216
SECCIÓN 9 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá .....	222
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes. ....	225
<b>CAPÍTULO 10 Finalización de su membresía en el plan.....</b>	<b>230</b>
SECCIÓN 1 Introducción a cómo finalizar su membresía en nuestro plan.....	231
SECCIÓN 2 ¿Cuándo finalizar su membresía con nuestro plan?.....	231
SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan? .....	234
SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, debe continuar recibiendo sus artículos médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	234
SECCIÓN 5 Johns Hopkins Advantage MD (PPO) debe terminar su membresía con el plan en ciertas situaciones.....	235

**Índice**

---

<b>CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i> .....</b>	<b>237</b>
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente.....	238
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación .....	238
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario .....	239
<b>CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de términos importantes</i>.....</b>	<b>240</b>

# CAPÍTULO 1:

*Primeros pasos como miembro*

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

---

**SECCIÓN 1      Introducción**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Usted está inscrito en Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO), una PPO de Medicare</b>
--------------------	---

Usted se encuentra bajo la cobertura de Medicare y ha escogido recibir la atención médica de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados por medio de nuestro plan, Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a proveedores de este plan es diferente a Original Medicare.

Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) es un Plan PPO de Medicare Advantage (PPO refiere a Preferred Provider Organization, es decir, Organización de Proveedores Preferidos). Como todos los planes de Medicare, este PPO de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

**La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica 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](http://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families) para obtener más información.

<b>Sección 1.2</b>	<b>¿De qué trata el documento <i>Evidencia de cobertura</i>?</b>
--------------------	--

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

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos, así como también a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).

Es importante que conozca las normas del plan y qué servicios están a su disposición. Lo animamos a dedicar tiempo para revisar este documento *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido o preocupado o tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

<b>Sección 1.3</b>	<b>Información legal acerca de la <i>Evidencia de cobertura</i></b>
--------------------	---

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) cubre su atención. Otras secciones de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, así como los avisos



## Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

---

que recibe de nuestra parte sobre los cambios a su cobertura o condiciones que afectan 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 Premier (PPO) entre el 1 de Enero de 2024 y el 31 de Diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan, 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 a Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) cada año. Cada año, puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación de este.

---

## SECCIÓN 2 ¿Qué lo 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 cumpla los siguientes requisitos:

- Tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare
- -- Y -- vivir en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio) No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque estén físicamente en ella.
- -- Y -- ser un ciudadano de Estados Unidos o residir legalmente en Estados Unidos.

### Sección 2.2 ¿Cuál es el área de servicio del plan Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)?

Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) solo está disponible para personas que viven en nuestra área de servicio del 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 Montgomery

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para consultar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**





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

**Sección 2.3 Ciudadanos de EE. UU. o residentes legales**

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

**SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá****Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan**

Mientras sea un miembro de nuestro plan, deberá utilizar su tarjeta de membresía, siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que reciba en las farmacias de la red. También debe mostrarle a su proveedor su tarjeta de Medicaid, si aplica. Esta es una muestra de la tarjeta de membresía para que sepa cómo será la suya:

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> HEALTH PLANS</p> <p>Member Name &lt;F_NAME M_L_NAME&gt;</p> <p>Member ID: &lt;SBSB_ID&gt; Health Plan: H3890 004</p> <p>RxBIN: 004336 RxPCN: MEDDADV RxGRP: &lt;MEMR_MCTR_RX_GROUP&gt;</p> 	<p>Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)</p> <p>Effective Date: &lt;MEIA_REQ_DT&gt;</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">In</td> <td style="text-align: center;">Out-of-</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Network</td> <td style="text-align: center;">Network</td> </tr> <tr> <td>Office Visit Copay:</td> <td style="text-align: center;">&lt;SXX&gt;</td> <td style="text-align: center;">&lt;SXX&gt;</td> </tr> <tr> <td>Specialist Copay:</td> <td style="text-align: center;">&lt;SXX&gt;</td> <td style="text-align: center;">&lt;SXX&gt;</td> </tr> <tr> <td>Urgent Care Copay:</td> <td style="text-align: center;">&lt;SXX&gt;</td> <td style="text-align: center;">&lt;SXX&gt;</td> </tr> <tr> <td>ER Copay:</td> <td style="text-align: center;">&lt;SXX&gt;</td> <td style="text-align: center;">&lt;SXX&gt;</td> </tr> </table> 		In	Out-of-		Network	Network	Office Visit Copay:	<SXX>	<SXX>	Specialist Copay:	<SXX>	<SXX>	Urgent Care Copay:	<SXX>	<SXX>	ER Copay:	<SXX>	<SXX>	 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> HEALTH PLANS</p> <p><b>DO NOT BILL MEDICARE</b> Medicare limiting charges apply.</p> <p>Submit medical claims to: Johns Hopkins Advantage MD PO Box 3537 Scranton, PA 18505</p> <p>Out-of-network fees may apply; for benefit information visit <a href="http://www.hopkinsmedicare.com">www.hopkinsmedicare.com</a> or call Customer Service.</p> <p>Present this card at the time of service and with every prescription.</p>	<p>Customer Service (Members and Providers): 1-877-293-5325 TTY: 711</p> <p>24-hour Nurse Chat Line: 1-888-202-8828</p> <p>For non-Medicare covered dental related inquiries, please contact DentaQuest: 1-844-231-8318</p> <p>Prior Authorization: 1-877-293-5325 Pharmacist Use Only: 1-866-693-4620</p>
	In	Out-of-																			
	Network	Network																			
Office Visit Copay:	<SXX>	<SXX>																			
Specialist Copay:	<SXX>	<SXX>																			
Urgent Care Copay:	<SXX>	<SXX>																			
ER Copay:	<SXX>	<SXX>																			

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 Premier (PPO), 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 demuestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare también llamados ensayos clínicos.

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

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

**Sección 3.2 Directorio de proveedores**

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores y distribuidores actuales de equipo médico duradero de la red. 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.

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de nuestra red. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores dentro y fuera de la red, siempre y cuando los servicios cubran los beneficios y sean medicamento necesarios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos por los servicios cubiertos puede ser más alta. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica

La lista más reciente de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com).

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una (electrónica o formulario impreso) al Servicio de Atención al Cliente. Las solicitudes de directorios de proveedores impresos se le enviarán por correo en un plazo de tres días laborables.

**Sección 3.3 Directorio de farmacias**

En el Directorio de farmacias, se enumeran las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han accedido a surtir las recetas cubiertas a los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar las farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al Servicio de Atención al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com).

**Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan.**

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 Premier (PPO). 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 establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de medicamentos” de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).

## Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

---

La “Lista de medicamentos” también le informa si existen normas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la “Lista de medicamentos”. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de cuáles medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan ([www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com)) o comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente.

---

## SECCIÓN 4 Costos mensuales de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>¿Cuánto es su prima del plan?</b>
--------------------	--------------------------------------

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- 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 relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

### La prima de su plan podría ser más baja en algunas situaciones

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar por sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica. La Sección 7 del Capítulo 2 tiene más detalles sobre estos programas. Si usted califica, la inscripción en el programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si usted *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas en esta Evidencia de cobertura no aplique para usted**. Le enviamos un encarte separado, llamado *Cláusula de 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.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren según los ingresos de cada persona. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte la Sección denominada *Costos de Medicare 2024* de su copia del manual *Medicare y Usted 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://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.

<b>Sección 4.1</b>	<b>Prima del plan</b>
--------------------	-----------------------

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. En 2024, la prima mensual para Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)\* es \$291.

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

**Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare****Para muchos miembros es un requisito pagar otras primas de Medicare**

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir la prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

**Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D**

Algunos miembros están obligados a pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento luego de que termine su período de inscripción inicial, transcurre un período de 63 días consecutivos o más sin que tenga cobertura de la Parte D o de otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Una cobertura acreditable de medicamentos recetados es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como el estándar de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá del tiempo que usted permaneció sin cobertura acreditable de la Parte D o de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa por el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se añade a su prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO), le informamos acerca del monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

**No** tendrá que pagar en los siguientes casos:

- Recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Si transcurren menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Si ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, 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 información porque podría necesitarla si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
- **Nota:** Todos los avisos deben especificar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos recetados que se espera que pague, al menos, la misma cantidad que el plan estándar de Medicare para medicamentos recetados.
- **Nota:** Lo siguiente *no* es una cobertura acreditable de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento para medicamentos.

## Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

---

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

- Si estuvo 63 días o más sin la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de convertirse en elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. 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 mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare del país en base al año anterior. Para 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 % de \$34.70, lo que es igual a \$4.858. Esto se redondea a \$4.90. Este monto será agregado **a la prima mensual de alguien con multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Existen tres aspectos importantes que se deben tener en cuenta con respecto a esta multa por inscripción tardía de la Parte D mensual:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque 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 de la Parte D se reiniciará cuando cumpla los 65 años. Luego de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tuvo cobertura luego de su período inicial de inscripción por envejecimiento en Medicare.

**Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión.** Generalmente, debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió donde se le informaba que debía pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, puede que no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de dicha multa por inscripción tardía.

**Importante:** No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión con respecto a su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción al plan por incumplimiento del pago de la prima.

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

**Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos**

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto supera determinado importe, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para más información sobre el monto adicional que puede que deba pagar dependiendo de sus ingresos, visite <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 de 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 beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto extra, puede solicitarle al Seguro Social que revise la decisión. Para conocer más acerca de cómo hacer esto, 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 Existen varias maneras para pagar la prima de su plan**

Existen dos formas en las que puede pagar la prima de su plan.

Si decide cambiar la forma en que paga su prima, pueden pasar hasta tres meses para que el nuevo método de pago entre en vigor. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, es su responsabilidad asegurarse de pagar a tiempo la prima de su plan.

**Opción 1: Pagar con cheque**

Puede pagar con cheque mensualmente y los pagos se debitarán el 1.º día de cada mes. Se deberán enviar los cheques directamente a:

Johns Hopkins Advantage MD  
P.O. Box 419169  
Boston, MA 02241-9169

## Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

---

Nota: Los cheques deben ser pagados a Johns Hopkins Advantage MD y no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ni para Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (Health and Human Services, HHS). No le cobraremos por cheques rebotados.

### Opción 2: Transferencia de fondos electrónicos

Puede además pagar la prima mediante el retiro automático del pago desde su caja de ahorros o cuenta corriente cada mes directamente por parte del plan. Los pagos se debitarán aproximadamente el 5.º día de cada mes. Se deberá firmar una autorización para que se debiten los pagos de manera automática.

### Opción 3: Descuento de la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

**Cambio de la forma de pago de la prima.** Si decide cambiar la opción de pago con la que paga su prima, pueden pasar hasta tres meses para que el nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, es su responsabilidad asegurarse de pagar a tiempo la prima de su plan. Para cambiar el método de pago, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números telefónicos se encuentran impresos en el reverso de este documento).

### ¿Qué hacer si tiene dificultades para pagar la prima del plan?

La prima de su plan se vence en nuestra oficina el día 1 de cada mes. Si no hemos recibido su pago antes del día 15 del mes, le enviaremos un aviso informándole que su membresía del plan se cancelará si no recibimos su pago de la prima en tres (3) meses calendario. Si es necesario que pague una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe hacerlo para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene dificultades para pagar la prima a tiempo, contacte al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si le podemos referir a algún programa que le pueda ayudar con sus costos.

Si finalizamos su membresía debido a que no pagó la prima de su plan, gozará de cobertura médica bajo Original Medicare. Además, es posible que no reciba la cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el próximo año si se inscribe en un plan nuevo durante el período anual de inscripción. (Si no cuenta con una cobertura acreditable para medicamentos por más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D por el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D).

Cuando cancelemos su membresía, es posible que todavía nos siga debiendo las primas que no ha pagado. Tenemos derecho a cobrar el monto que nos deba. En el futuro, si desea inscribirse de nuevo en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar el monto que debe antes de poder inscribirse.

Si considera que hemos cancelado su membresía en forma incorrecta, puede presentar una queja (también denominada reclamo). Consulte el Capítulo 9 sobre cómo presentar una queja. Si se le presentó una emergencia que no estaba bajo su control y que ocasionó que no pudiera pagar las



## Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

---

primas del plan dentro del período de gracia, puede presentar una queja. En caso de queja, volveremos a revisar nuestra decisión. En la Sección 10 del Capítulo 9 de este documento, se explica cómo presentar una queja. También puede llamarnos al 1-877-293-5325 del 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingo, de 8:00 am a 8:00 pm; desde el 1 de Abril hasta el 30 de Septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe hacer su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha de culminación de su membresía.

### Sección 5.2 ¿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 vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted es elegible para el programa “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para este programa durante el año. Si un miembro califica para “Ayuda Adicional” con sus costos de medicamentos recetados, el programa pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. Puede obtener información más detallada sobre el programa “Ayuda Adicional” en la Sección 7, del Capítulo 2.

---

## SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

---

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 otros proveedores en la red del plan deben contar con la información correcta sobre su persona. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro 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 de hecho, compensación a los trabajadores o Medicaid).
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si ha sido ingresado en un hogar de reposo.

## Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

---

- 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 está obligado a informar al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que planea participar, pero lo incentivamos a hacerlo).

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

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Podrá encontrar los números y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

---

## SECCIÓN 7      Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

---

### Otros seguros

Medicare exige que recopilemos información de su parte sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto es necesario, ya que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. A esto se 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 otros aseguradores (una vez que usted haya confirmado la identidad de ellos) para que sus cuentas se paguen correctamente 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 el 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 usted tiene otro seguro, infórmele 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 colectivo se basa en su empleo actual o el de un familiar, quien 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):

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

- Si tiene menos de 65 años, es discapacitado y usted o un miembro de su familia está trabajando, 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 de hecho 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 generalmente pagan primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluyendo el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluyendo el seguro de automóvil)
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro
- Compensación a Trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Estos pagan solamente después que Medicare, el plan de salud colectivo del empleador o Medigap han pagado.

# CAPÍTULO 2:

*Números telefónicos y recursos importantes*

---

## **SECCIÓN 1 Información de contacto de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)** (cómo contactarnos, lo que incluye cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente)

---

### **Cómo comunicarse con el 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 Premier (PPO). Con gusto le ayudaremos.

<b>Método</b>	<b>Servicio de Atención al Cliente – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-877-293-5325 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 am a 8:00 pm Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	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 am a 8:00 pm Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm
<b>FAX</b>	1-855-206-9203
<b>ESCRIBA A</b>	Johns Hopkins Advantage MD P.O. Box 3538 Scranton, PA 18505
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.hopkinsmedicare.com">www.hopkinsmedicare.com</a>

## **Cómo contactarnos cuando solicita una decisión de cobertura o una apelación 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 de cobertura o apelación sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura para la atención médica – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-877-293-5325 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 am a 8:00 pm Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	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 am a 8:00 pm Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm
<b>FAX</b>	1-855-206-9203
<b>ESCRIBA A</b>	Johns Hopkins Advantage MD P.O. Box 3538 Scranton, PA 18505
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.hopkinsmedicare.com">www.hopkinsmedicare.com</a>

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Apelaciones para atención médica – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-877-293-5325</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 am a 8:00 pm</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm</p> <p>Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.</p> <p>El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingo: de 8:00 am a 8:00 pm</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm</p>
<b>FAX</b>	1-410-424-2806
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Johns Hopkins Advantage MD Appeals PO Box 8777 Elkridge, MD 21075</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.hopkinsmedicare.com">www.hopkinsmedicare.com</a>

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-877-293-5325</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo:</p> <p>De lunes a domingo: de 8:00 am a 8:00 pm</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre:</p> <p>De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm</p> <p>Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.</p> <p>El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<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:</p> <p>De lunes a domingo: de 8:00 am a 8:00 pm</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre:</p> <p>De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm</p>
<b>FAX</b>	1-855-633-7673
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Johns Hopkins Advantage MD</p> <p>c/o CVS Caremark Part D Services</p> <p>Coverage Determination &amp; Appeals Dept.</p> <p>P.O. Box 52000 MC 109</p> <p>Phoenix, AZ 85072-2000</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.hopkinsmedicare.com">www.hopkinsmedicare.com</a>



<b>Método</b>	<b>Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-877-293-5325 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 am a 8:00 pm Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	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 am a 8:00 pm Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm
<b>FAX</b>	1-855-633-7673
<b>ESCRIBA A</b>	Johns Hopkins Advantage MD c/o CVS Caremark Part D Services Coverage Determination & Appeals Department P.O. Box 52000 MC 109 Phoenix, AZ 85072-2000
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.hopkinsmedicare.com">www.hopkinsmedicare.com</a>

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, lo que incluye una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas de cobertura o 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]*).

<b>Método</b>	<b>Quejas sobre la Atención Médica – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-877-293-5325</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo:</p> <p>De lunes a domingo: de 8:00 am a 8:00 pm</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre:</p> <p>De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm</p> <p>Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.</p> <p>El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<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:</p> <p>De lunes a domingo: de 8:00 am a 8:00 pm</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre:</p> <p>De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm</p>
<b>FAX</b>	1-855-825-7726
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Johns Hopkins Advantage MD</p> <p>P.O. Box 3507</p> <p>Scranton, PA 18505</p>
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	<p>Puede presentar una queja sobre Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, ingrese a <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>.</p>

<b>Método</b>	<b>Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-877-293-5325 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 am a 8:00 pm Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	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 am a 8:00 pm Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm
<b>FAX</b>	1-866-217-3353
<b>ESCRIBA A</b>	Johns Hopkins Advantage MD c/o CVS Caremark Medicare Part D Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar una queja sobre Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, ingrese a <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

## **Adónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que usted haya recibido**

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que considera que debemos pagar, quizás tenga que solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte 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 lo siguiente: 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.

<b>Método</b>	<b>Parte C: Solicitudes de pago – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-877-293-5325 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 am a 8:00 pm Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	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 am a 8:00 pm Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm
<b>FAX</b>	1-855-206-9203
<b>ESCRIBA A</b>	Johns Hopkins Advantage MD P.O. Box 3537 Scranton, PA 18505
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.hopkinsmedicare.com">www.hopkinsmedicare.com</a>

<b>Método</b>	<b>Parte D: Solicitudes de pago – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-877-293-5325</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo:</p> <p>De lunes a domingo: de 8:00 am a 8:00 pm</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre:</p> <p>De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm</p> <p>Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.</p> <p>El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<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:</p> <p>De lunes a domingo: de 8:00 am a 8:00 pm</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre:</p> <p>De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm</p>
<b>FAX</b>	<p>1-855-633-7673</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Johns Hopkins Advantage MD C/o CVS/c/o CVS Caremark Part D Services P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.hopkinsmedicare.com">www.hopkinsmedicare.com</a></p>

**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 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 diálisis o un trasplante de riñón).

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

<b>Método</b>	<b>Medicare – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	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.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Este número requiere de un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<u><a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a></u> 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, hogares de reposo, 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 los contactos de Medicare para su estado. 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Herramienta de elegibilidad de Medicare:</b> Proporciona información sobre el estatus de elegibilidad para ser miembro de Medicare.</li> <li>• <b>Buscador de planes de Medicare:</b> 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 en los diferentes planes de Medicare.</li> </ul>

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Medicare – Información de contacto</b>
<b>SITIO WEB (continuación)</b>	<p>También puede presentar cualquier queja ante Medicare sobre Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) a través del sitio web:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Informe a Medicare sobre su queja:</b> Puede presentar una queja sobre Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma sus quejas seriamente y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.</li> </ul> <p>Si no tiene computadora, su biblioteca local o centro de atención para ciudadanos de la tercera edad pueden prestarle sus computadoras para acceder a dicho sitio web. O puede llamar a Medicare y decirles qué información necesita. Ellos encontrarán 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>

---

### **SECCIÓN 3** Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (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, el SHIP se llama Senior Health Insurance Program (Programa de Seguro Médico para Personas Mayores).

El Programa de Seguro Médico para Personas Mayores (no relacionado con ninguna compañía de seguro o plan de salud) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

Los asesores del Programa de Seguro Médico para Personas Mayores pueden ayudarlo 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 consejeros del Programa de Seguro Médico para Personas Mayores también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de planes que Medicare le ofrece y responder sus preguntas sobre cambios de planes.

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes****MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y a OTROS RECURSOS:**

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DE SHIP] que se encuentra al medio de la página)
- Seleccione **STATE** (ESTADO) de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

<b>Método</b>	<b>Programa de Seguro Médico para Personas Mayores (SHIP de Maryland) – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	410-767-1100 o al 1-800-243-3425
<b>TTY</b>	1-800-735-2258 Este número requiere de un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla.
<b>ESCRIBA A</b>	Maryland Department of Aging 301 West Preston Street, Suite 1007 Baltimore, MD 21201
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx">https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx</a>

**SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad**

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

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que Medicare les paga para que comprueben la calidad del cuidado de los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. 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 en el hospital termina muy pronto.
- Piensa que la cobertura de los servicios de atención médica en el hogar, atención de centros de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan muy pronto.



**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Livanta BFCC-QIO Program (Organización de Mejoramiento de la Calidad de Maryland) – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	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: de 11:00 am a 3:00 pm
<b>TTY</b>	1-888-985-2660 Este número requiere de un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla.
<b>ESCRIBA A</b>	Livanta BFCC-QIO Program Livanta 10820 Guilford Rd Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://livantaqio.com/en">http://livantaqio.com/en</a>

**SECCIÓN 5 Seguro Social**

El Seguro Social se encarga de determinar la elegibilidad y el manejo de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, con 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 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 extra para la cobertura de medicamentos de la Parte D porque tienen ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social que indica que tiene que pagar una cantidad extra 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.

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

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

**SECCIÓN 6 Medicaid**

Medicaid es un programa gubernamental estatal y federal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas de las personas con Medicare también son elegibles para obtener Medicaid. Los programas que se ofrecen por medio de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Entre los **Programas de ahorros de Medicare**, se incluyen los siguientes:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** 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 con QMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiarios de Medicare de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid [SLMB +]).
- **Individuo calificado (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos calificados que trabajan y tienen una discapacidad (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

Para obtener más información acerca de Medicaid y sus programas, contacte al Departamento de Salud de Maryland.

Método	Departamento de Salud de Maryland – Información de contacto
<b>LLAME AL</b>	1-410-767-6500 o 1-800-492-5231 Horario de atención: De lunes a viernes: de 8:30 am a 5:00 pm
<b>TTY</b>	711
<b>ESCRIBA A</b>	Maryland Medical Assistance Program 201 West Preston Street Baltimore, MD 21201
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://mmcp.dhmh.maryland.gov">http://mmcp.dhmh.maryland.gov</a>

---

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

---

El sitio web [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) (<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>) provee información sobre cómo reducir sus costos de medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

### **Programa “Ayuda Adicional” de Medicare**

Medicare ofrece “Ayuda Adicional” para apoyar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los medicamentos recetados. Los recursos incluyen sus ahorros y capital, pero no su vivienda o vehículo. Si es elegible, recibirá ayuda para pagar cualquier tipo de prima mensual del programa de medicamentos Medicare, deducible anual, así como para pagar los copagos de los medicamentos. Esta “Ayuda Adicional” también incluye los costos de bolsillo.

Si es elegible automáticamente para recibir “Ayuda Adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que solicitarla. Si no es elegible automáticamente, podría recibir “Ayuda Adicional” para pagar sus primas y costos de medicamentos recetados. Para saber si es elegible para “Ayuda Adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible 24 horas al día, 7 días a la semana;
- A 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 (solicitudes); o

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

---

- Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes). (Vea la Sección 6 de este Capítulo para obtener la información de contacto).

Si usted cree que califica para el programa “Ayuda Adicional” y considera que está pagando un monto erróneo de costo compartido cada vez que obtiene su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para solicitar ayuda para recopilar las evidencias del nivel de copago que le corresponde o para entregarnos esta evidencia, si usted ya cuenta con ella.

- Si necesita brindarle a Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) una de las siguientes evidencias del estado de Subsidio por Bajos Ingresos dentro de los 60 días a partir de que usted es considerado elegible:
  - Una copia de su tarjeta Medicaid, la cual incluye su nombre y fecha de elegibilidad.
  - Una copia de una carta del estado o de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) que indique su estado respecto del subsidio por bajos ingresos de Medicare.
  - Una copia de un documento estatal que confirma el estatus activo de Medicaid.
  - Una captura de pantalla del archivo de inscripción electrónica que muestra su estatus de Medicaid.
  - Evidencia en el punto de venta de una factura reciente de Medicaid y los pagos en el portafolio del paciente de la farmacia, respaldado por uno de los indicadores anteriores posteriores al punto de venta.
- Si usted está institucionalizado y califica para el programa “Ayuda Adicional” con sus costos compartidos, necesita brindar uno de los siguientes para demostrar que es elegible para el Estado Institucional de Doble Elegibilidad de Beneficios Completos (Institutional Status for a Full-Benefit Dual Eligible):
  - Una remesa del servicio que muestre el pago de Medicaid por un mes completo del calendario.
  - Una copia de un documento estatal que confirma el estatus activo de Medicaid por un mes completo del calendario.
  - Una captura de pantalla del archivo de inscripción electrónica que muestra su estatus de Medicaid basado en al menos un mes completo de calendario de permanencia por razones de pago de Medicaid.
- Debe enviar por correo su documentación a:  
Johns Hopkins Advantage MD  
P.O. Box 3538  
Scranton, PA 18505
- 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

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

---

nombre, podemos pagarle directamente al estado. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta.

**¿Qué sucede si cuenta con la cobertura de un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?**

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar los medicamentos recetados, las primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, 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.

**¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?****¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

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

**Nota:** Para ser elegible para el ADAP que se ofrece en su estado, los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo una constancia de residencia en dicho estado y la condición del VIH, constancia de bajos ingresos según lo establecido por el estado y estar en situación de no asegurado o infra asegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al:

Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Maryland (ADAP)

Administración de prevención y promoción de la salud

500 N. Calvert St, 5th Floor

Baltimore, MD 21202

Teléfono: 1-410-767-6535 o 1-800-205-6308

Fax: 1-410-333-2608

**Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica**

Muchos estados cuentan con Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades económicas, edad, condición

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

---

médica o discapacidades. Cada estado tiene normas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

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

<b>Método</b>	<b>Programa de Asistencia de Medicamentos Recetados para Personas Mayores de Maryland (Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica de Maryland) – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-551-5995 Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm
<b>TTY</b>	1-800-877-5156 Este número requiere de un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla.
<b>ESCRIBA A</b>	Maryland SPDAP c/o Pool Administrators 628 Hebron Avenue, Suite 502 Glastonbury, CT 06033
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.marylandspdap.com">www.marylandspdap.com</a>

---

**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 de 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 de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

**Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**

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

---

## **SECCIÓN 9      ¿Tiene un seguro colectivo u otro seguro de salud proporcionado por un empleador?**

---

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) reciben beneficios de su empleador (o del de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados como parte de este plan, puede comunicarse con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato o con Servicio de Atención al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador (o del de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados. (los números telefónicos de Servicio de Atención al Cliente se encuentran impresos en el reverso de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare con este plan.

Si tiene otras coberturas de medicamentos recetados a través de su empleador (o del de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

# CAPÍTULO 3:

*Uso del plan para sus servicios  
médicos*



**Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos****SECCIÓN 1      Cosas que debe saber sobre cómo utilizar su atención médica como miembro de nuestro plan**

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

Para obtener detalles sobre cuál atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto tiene que pagar cuando recibe este tipo de cuidados, consulte la tabla de beneficios del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que tiene que pagar*).

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

- Los **proveedores** son 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 y sus cantidades de costos compartidos como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos cobran directamente por el servicio que le han provisto. Cuando recibe un servicio de un proveedor de la red, solo pagará su parte de los costos compartidos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipos y 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. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados se explican en el Capítulo 5.

**Sección 1.2      Normas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica**

Como plan de salud de Medicare, Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) debe cubrir todos los servicios brindados por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) 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. Uso del plan para sus servicios médicos**

---

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con las normas aceptadas en la práctica médica.
- **Usted recibe su atención de un proveedor de la red que es elegible para brindar servicios bajo Original Medicare.** Como miembro de nuestro plan, debe recibir la atención médica por parte de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este Capítulo).
  - Los proveedores que pertenecen a nuestra red están indicados en el *Directorio de proveedores*.
  - Si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos pueden ser más altos.
  - Tenga en cuenta lo siguiente: Si recibe atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo la atención de emergencia, no podemos pagar un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si consulta a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, será responsable del costo total de los servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que son elegibles para participar en Medicare.

---

**SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica**

---

<b>Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que le proporcionará y supervisará su atención médica</b>
--

**¿Qué es un PCP y qué hace por usted?**

- Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico, un enfermero o un asistente médico que administra la atención primaria y preventiva de los miembros de Johns Hopkins Advantage MD y actúa como coordinador para remisiones de especialidades y para la atención como paciente hospitalizado.
- Un PCP puede ser un médico 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 los CMS para la participación en Medicare.
- La atención primaria incluye el cuidado completo de la salud y servicios de apoyo y comprende la atención de enfermedades graves, accidentes menores, atención de seguimiento de problemas médicos continuos y mejor atención médica preventiva. El PCP provee la atención ya sea de manera directa o deriva al miembro a un servicio

### Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

---

apropiado o especialista cuando los tratamientos se encuentran fuera del alcance de la práctica del PCP.

- El consultorio del PCP es responsable de identificar las fuentes de la atención especializada, hacer remisiones y coordinar todo el cuidado. No obstante, usted tiene acceso directo a proveedores dentro y fuera de la red, dado que no hay requisitos de remisión.
- El PCP además ayudará a obtener una autorización previa para servicios, si se requiere dentro del alcance de la práctica del PCP.

#### ¿Cómo escoger un PCP?

Un miembro puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) del *Directorio de proveedores*. Los proveedores que tienen un contrato con el plan como PCP son agregados en la Sección Atención primaria del *Directorio de proveedores*.

#### Cómo 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 o pagará más por los servicios cubiertos.

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

<b>Sección 2.2</b>	<b>¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin la remisión de su PCP?</b>
--------------------	---

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

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de mamas), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas antigripales, inmunizaciones contra la COVID-19.
- Servicios de emergencia suministrados por proveedores de la red o fuera de la red.
- Los servicios requeridos con urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios se deben necesitar inmediatamente y ser médicamente necesarios.
- 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 de este servicio no está disponible temporalmente o está inaccesible. El costo

**Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos**

compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe tratamiento de diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para el tratamiento de diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido del tratamiento de diálisis puede ser mayor. *(De ser posible, por favor comuníquese con Servicios al Miembro antes de salir del área de servicio, a fin de que podamos hacer las gestiones para que reciba 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 parte del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos tratan a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas tratan pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.
- El PCP provee la atención 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 del PCP. Los miembros además pueden auto derivarse a un especialista.
- Para poder ayudarlo a obtener la atención 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 de cobertura. Por favor consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. Para obtener una autorización previa, su proveedor de atención primaria o de cuidados especiales deberá contactar a nuestra línea de Gestión Médica al 1-844-560-2856 o puede enviar un fax con la solicitud al 1-855-704-5296.
- Los PCP participantes deben remitir a proveedores participantes, para que 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 nuestro plan. Si su médico o especialista abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

### Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

---

- Le avisaremos que su proveedor va a dejar nuestro plan a fin de que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
  - Si su médico de atención primaria o proveedor de atención de la salud conductual deja nuestro plan, le avisaremos si ha estado viendo a ese proveedor durante los últimos tres años.
  - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado dentro de la red al que pueda acceder para seguir recibiendo atención.
- Si actualmente usted está bajo tratamiento médico o realizando terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos para garantizarlo, que el tratamiento o la terapia médicamente necesarios que usted está recibiendo no sean interrumpidos.
- Le informaremos sobre los distintos periodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Nos ocuparemos de cualquier prestación cubierta médicamente necesaria fuera de nuestra red de proveedores, pero con gastos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o prestación dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si se entera que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para gestionar su atención.
- Si considera que no le hemos brindado un proveedor calificado para reemplazar al anterior, o que su atención no se está gestionando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

<b>Sección 2.4</b>	<b>Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red</b>
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de nuestra red. Sin embargo, recuerde que los proveedores no contratan con nosotros bajo ninguna obligación para tratar con usted, salvo en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores dentro y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos por los servicios cubiertos puede ser más alta.** Otros detalles importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Si recibe atención de un proveedor fuera de la red, en la mayoría de los casos, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo la atención de emergencia, no podemos pagar un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, será responsable

## Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

---

del costo total de los servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que son elegibles para participar en Medicare.

- No necesita tener una remisión ni una autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red quizás quiera pedir una cobertura previa a la consulta para confirmar que los servicios que recibe estarán cubiertos y que son médicamente necesarios. (Consulte la Sección 4 del Capítulo 9 para obtener información sobre decisiones de cobertura). Esto es importante porque:
  - Sin una decisión de cobertura previa a la visita, si luego decidimos que no se cubrirán los servicios o que no son médicamente necesarios, podemos denegar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si denegamos la cobertura de sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja*) para saber cómo presentar una apelación.
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que primero le facture al plan. Pero si ya pagó los servicios cubiertos, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que nosotros debemos pagar, envíenos la factura para procesarla. Capítulo 7 (*Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener más información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita pedir un reembolso.
- Si se encuentra utilizando un proveedor de cuidados de emergencia, servicios requeridos con urgencia, o diálisis fuera del área, puede no tener que pagar un monto superior al costo compartido. Vea la Sección 3 para obtener más información acerca de estas situaciones.

---

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

---

<b>Sección 3.1      Recibir atención si tiene una emergencia médica</b>
---

#### **¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de una?**

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

Si tiene una emergencia médica:

### Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

---

- **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 lo necesita. *No* necesita obtener la aprobación o una remisión de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red. La atención de emergencia y de urgencia también está cubierta en todo el mundo.
- **Asegúrese de notificar 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 las 48 horas siguientes, llamando al 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 pueda poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le suministran la atención de emergencia decidirán el momento en que su condición esté estable y haya pasado la emergencia médica.

Cuando pase la emergencia, usted tiene derecho a atención de seguimiento para garantizar que su condición se mantenga estable. Sus médicos seguirán atendiéndolo hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen la atención adicional. Su atención de seguimiento será cubierta por nuestro plan.

Si recibe su atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido fuera de la red más alto.

#### ¿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, luego de que el doctor haya dicho que esta no fue una emergencia, el monto del costo compartido que pague dependerá de si obtiene la atención de proveedores de la red o fuera de la red. Si recibe cuidado de proveedores de la red, sus costos compartidos serán usualmente menores a lo que pagaría a un proveedor fuera de la red.

**Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos**

---

**Sección 3.2      Cómo recibir atención médica cuando necesita servicios con urgencia****¿Qué son los servicios requeridos con urgencia?**

El servicio requerido con urgencia es una situación que no es de emergencia que requiere atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios requeridos con urgencia provistos fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos con urgencia son i) un dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

El plan ha realizado acuerdos con centros de atención de urgencia en el área de servicio. Ver el *Directorio de proveedores*, o visite el sitio web [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com) para encontrar los servicios más cercanos a usted.

Nuestro plan cubre las emergencias en todo el mundo y los servicios requeridos con urgencia fuera de los Estados Unidos, bajo las siguientes circunstancias: 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.

**Sección 3.3      Recibir atención médica 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](http://www.hopkinsmedicare.com) para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede acudir a 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.



**Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos**

---

---

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

---

**Sección 4.1      Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos**

Si pagó más de su costo compartido del plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre cómo proceder.

**Sección 4.2      Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, tendrá que pagar el costo total**

Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Con respecto a los servicios cubiertos con límite de beneficio, también debe pagar el costo completo de cualquier servicio luego de que haya usado todo su beneficio por ese tipo de servicio cubierto. Sus costos de bolsillo por servicios que superen el límite del beneficio se tomarán como su máximo de costos de bolsillo (MOOP), a menos de que se especifique lo contrario en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

---

**SECCIÓN 5      ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está 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. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en dicho estudio.

Una vez que Medicare aprueba un estudio, y usted manifiesta su interés, alguien que trabaje en el mismo se comunicará con usted para explicarle más acerca del estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio y, además, comprenda y acepte completamente lo que implica su participación en dicho estudio.

**Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos**

---

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre 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 de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar los beneficios. Entre ellas se incluyen ciertos beneficios especificadas en las determinaciones nacionales de cobertura (National Coverage Determinations, NCD) y los ensayos de dispositivos en investigación (investigational Device Trials, IDE), y pueden estar sujetas a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica cubierto para los afiliados de Medicare Advantage por Original Medicare, le animamos a que nos lo notifique con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos cubiertos por Medicare.

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

<b>Sección 5.2</b>	<b>Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por qué cosa?</b>
--------------------	---

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los servicios y artículos de rutina que recibe como parte del estudio, incluso:

- 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.

Después de que Medicare ha pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red 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, debe presentar documentación que muestre cuál es el monto de costo

### Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos

---

compartido que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes 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 la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, como una factura del 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 por el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio, aunque 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 normalmente requiriese de una sola tomografía computarizada.

#### ¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los Estudios de Investigación Clínica). (La publicación se encuentra disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://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 de 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

---

<h3>Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud?</h3>
---

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

**Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos**

---

especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, nosotros le ofreceremos cobertura para recibir atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud. Este beneficio se proporciona únicamente en relación con los servicios que se les brinda a pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de atención médica).

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

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

- Una atención médica o tratamiento **no obligatorio** es cualquier atención médica o tratamiento que sea *voluntario* y *no sea obligatorio* por ninguna ley local, estatal o federal.
- Un tratamiento médico **obligatorio** es la atención médica o tratamiento que recibe que *no es voluntario* o *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 deberá estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de servicios que usted reciba se limita 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:
  - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados o atención de centros de enfermería especializada.
  - – *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**

---

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

El equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de voz, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital, requeridos por un proveedor para su uso en el hogar. Ciertos artículos, como las prótesis, siempre son propiedad del miembro. En esta Sección, discutiremos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser propietarios de estos luego de hacer copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO), no pasará a ser propietario de los artículos de DME alquilados, independientemente de cuántos copagos haya realizado por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si usted hizo hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME conforme a Original Medicare antes de unirse 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 de este. No se contabilizan los pagos realizados mientras estuvo inscrito en su plan.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y, luego, se afilió a nuestro plan. No se contabilizan los pagos que hizo a Original Medicare.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y, luego, se afilió a nuestro plan. Estuvo en nuestro plan, pero no adquirió la propiedad mientras estuvo en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del equipo una vez que regrese a Original Medicare nuevamente. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se contabilizan.

**SECCIÓN 7.2. Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento****¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) cubrirá los siguiente:

- 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 Premier (PPO) o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor provee el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer en la misma empresa o irse a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma empresa, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se afilia o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza otra vez.

# CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos  
(lo que está cubierto y lo que debe  
pagar)*

---

## **SECCIÓN 1 Entendimiento de los costos de bolsillo por servicios cubiertos**

---

Este Capítulo incluye una Tabla de beneficios médicos que detalla sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO). Posteriormente, encontrará información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones de ciertos servicios.

<b>Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos</b>
---

Para entender la información sobre pagos de este Capítulo, debe conocer los tipos de costos de bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Hace un copago en el momento que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le ofrece más información sobre sus copagos).
- El **coaseguro** es el porcentaje que paga por el costo total de un determinado servicio médico. Paga un coaseguro en el momento que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le ofrece más información sobre su coaseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coaseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

<b>Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por un servicio médico cubierto de la Parte A y la Parte B de Medicare?</b>
--

Conforme a nuestro plan, hay dos límites diferentes sobre lo que debe pagar de su bolsillo por servicios médicos cubiertos:

- Su **monto máximo de costos de bolsillo dentro de la red** es \$7,550. Esto es lo máximo que usted paga durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que recibe de los proveedores de la red. Los montos que paga por copagos y coaseguros por servicios cubiertos de proveedores de la red cuentan para este monto máximo de costos de bolsillo dentro de la red. (Los montos que paga por primas del plan, medicamentos recetados de la Parte D y servicios de proveedores fuera de la red no cuentan para el monto máximo de costos de bolsillo dentro de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo dentro de la red. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si pagó \$7,550 por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo por el resto del año



**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

cuando visite a nuestros proveedores de la red. Sin embargo, deberá continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

- Su **monto máximo de costos de bolsillo combinado** es \$11,300. Esto es lo máximo que usted paga de su propio bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare recibidos de proveedores dentro y fuera de la red. Los montos que pague por copagos y coaseguro por servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de costos de bolsillo combinados. (Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo combinados. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo combinados. Estos servicios se identifican en la Tabla de beneficios médicos). Si ha pagado \$11,300 por servicios cubiertos, tendrá una cobertura al 100 % y 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, deberá continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

<b>Sección 1.3</b>	<b>Nuestro plan no permite que los proveedores le cobren facturación de saldo</b>
--------------------	---

Como miembro de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, denominados **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio y si hay una disputa y no pagamos determinados cargos del proveedor.

A continuación, se explica cómo funciona esta protección.

- Si su gasto compartido es un copago (una cantidad fija de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted pagará únicamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto por un proveedor de la red. Por lo general, tendrá copagos más altos cuando recibe atención de proveedores fuera de la red.
- Si su gasto compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca pagará más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que acuda:
  - Si un proveedor de la red le presta un servicio cubierto, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se haya determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

---

- Si un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare le presta el servicio cubierto, usted paga la cantidad de coaseguro multiplicada por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes.
- Si considera que un proveedor le ha realizado facturación de saldo, llame al Servicio de Atención al Cliente.

---

**SECCIÓN 2      ¿Cómo utilizar la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar?**

---

**Sección 2.1      Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan**

---

La Tabla de beneficios médicos que encontrará en las siguientes páginas enumera los servicios que Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) cubre y lo que usted paga de costos de bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios enumerados 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.
- Sus servicios (lo que incluye la atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesarios significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos dentro de los servicios de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación por adelantado (llamada en ocasiones autorización previa) de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).
  - Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado para ser cubiertos como servicios de la red están escritos en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.
  - Nunca necesitará la aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red que reciba de proveedores fuera de la red.
- Si bien no necesita aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Otros detalles importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- En el caso de los beneficios en los que el costo compartido es un porcentaje del coaseguro, el monto que usted paga depende del tipo de proveedor que le preste el servicio.


**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

- Si un proveedor de la red le presta un servicio cubierto, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se haya determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
- Si un proveedor fuera de la red que participa con Medicare le presta el servicio cubierto, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes.
- Si un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare le presta un servicio cubierto, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. En el caso de algunos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que con Original Medicare. Por otros pagará *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y Usted 2024*. También puede revisarlo en línea en [www.medicare.gov](http://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.
- También cubrimos sin costo alguno todos los servicios preventivos cubiertos de manera gratuita por Original Medicare. Sin embargo, si recibe tratamiento o seguimiento para una condición médica existente durante su cuidado preventivo, tendrá que pagar un copago por este cuidado recibido.
- Si Medicare suma cobertura por cualquier servicio nuevo durante el 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.



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

**Tabla de beneficios médicos**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando obtiene estos servicios
 <p><b>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Es un ultrasonido de diagnóstico que se realiza una sola vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si tiene remisión para ello por parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo. Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando obtiene estos servicios
<p><b>Acupuntura para del dolor crónico en la región lumbar</b></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:</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Coaseguro del 20 % por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b></p> <p>Coaseguro del 30 % por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Acupuntura para del dolor crónico en la región lumbar (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dura 12 semanas o más;</li> <li>• inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);</li> <li>• no está asociado con la cirugía; y</li> <li>• no está asociado con el embarazo.</li> </ul> <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 empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), los enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en 1861 (aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y,</li> <li>• una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.</li> </ul>	



**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Acupuntura para del dolor crónico en la región lumbar (continuación)</b></p> <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p> <p>Además de los beneficios cubiertos de Medicare, también ofrecemos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de acupuntura de rutina no cubiertos por Medicare a través de un practicante certificado por el estado o con licencia. La terapia de masaje no está cubierta bajo este beneficio.</li></ul>	<p>Nuestro plan pagará hasta \$300 anualmente por los servicios.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**



<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios de ambulancia*</b></p> <p><i>(Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia que no son de emergencia.)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de ambulancia cubiertos, se sea que se trate de una situación de emergencia o no, 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. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que el estado del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</li> <li>• 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.</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Copago de \$100 por cada servicio de transporte terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$225 por cada servicio de transporte aéreo cubierto por Medicare.</p> <p>El copago no se exime si usted es ingresado en el hospital por la misma condición.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**



<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Examen físico anual</b></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. Los servicios adicionales incluyen órdenes de seguimiento para remisiones a otros médicos, pruebas de laboratorio, pruebas de detección clínica, EKG, recomendaciones para pruebas preventivas, vacuna(s), y orientación sobre comportamientos saludables.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>
<p> <b>Consulta anual de bienestar</b></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 basado en su salud actual y factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> 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 <i>Bienvenido a Medicare</i> para que le cubramos su consulta anual de bienestar si ha tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.</p> <p>Es posible que se apliquen costos compartidos adicionales si se proporcionan pruebas de laboratorio o servicios no preventivos durante una consulta anual de bienestar.</p>
<p> <b>Examen de densitometría ósea</b></p> <p>Para individuos que califiquen (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, lo que incluye una interpretación médica de los resultados.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible de Medicare para beneficiarios que califiquen para la densitometría ósea.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>




**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años</li> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más</li> <li>• Examen clínico de mama cada 24 meses</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p> <p>Solo las mamografías preventivas de rutina no tienen costo compartido. Para obtener información sobre las mamografías de detección, diríjase a la Sección Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></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><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Usted no paga nada por el servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por el servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.</p>
<p> <b>Consulta para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</b></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 (si corresponde), medirá su presión arterial y le dará consejos para asegurarse de que se está alimentando correctamente.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>


**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Evaluaciones cardiovasculares</b></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><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los exámenes de enfermedades cardiovasculares cubiertos una vez cada 5 años.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>
<p> <b>Examen de detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: Se cubren exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses</li> <li>• Si usted tiene un alto riesgo de padecer cáncer vaginal o de cuello uterino o si está en la edad reproductiva y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvico cubiertos por Medicare.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>
<p><b>Servicios quiroprácticos *</b> (Se requiere autorización previa).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.</li> </ul> <p>Además de los beneficios cubiertos de Medicare, también ofrecemos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados quiroprácticos de rutina no cubiertos por Medicare que incluyan manipulación manual de la columna vertebral por cualquier otra razón</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Copago de \$10 por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare.</p> <p><b>Servicios quiroprácticos no cubiertos por Medicare:</b></p> <p>Copago de \$10 por cada 12 visitas por año calendario.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes sin riesgo elevado, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes sin riesgo elevado de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con riesgo elevado después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario.</li> <li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de haberse sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.</li> <li>• Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una cada 12 meses.</li> <li>• ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una cada 3 años.</li> <li>• Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una cada 3 años.</li> <li>• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema opaco de detección o la última colonoscopia de detección.</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para los exámenes de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, quedan excluidos de esta medida los enemas de bario, para los que aplica un coaseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto al copago de cirugía ambulatoria de \$150 de copago.</p> <p>Usted no paga nada por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p> <p>Si una colonoscopia de detección resulta en la biopsia o extirpación de una neoplasia durante el procedimiento, es posible que se aplique el costo compartido del miembro por cirugía ambulatoria.</p> <p>Para colonoscopías de diagnóstico, consulte la Sección Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en un centro hospitalario ambulatorio y en centros de cirugía ambulatoria para obtener más detalles sobre los costos compartidos.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección.</li></ul> <p>Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios odontológicos*</b> <i>(Es posible que se necesite una autorización previa para los servicios odontológicos completos no cubiertos por Medicare).</i></p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio forma parte integrante del tratamiento específico de la enfermedad primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón. Además cubrimos:</p> <p><b>Cubrimos servicios completos y de prevención.</b></p> <p><b>Servicios preventivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiezas</li> <li>• Exámenes bucales</li> <li>• Rayos X odontológicos</li> <li>• Flúor</li> </ul> <p><b>Servicios completos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de reparación dental</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Prostodoncia; otras cirugías bucales/maxilofaciales; otros servicios</li> </ul>	<p><b>Servicios completos cubiertos por Medicare:</b></p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted no paga nada</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$10</p> <p><b>Servicios preventivos:</b></p> <p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b> Usted no paga nada:</p> <p>Limpiezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 limpiezas por año</li> <li>• Procedimientos de mantenimiento periodontal - 4 al año</li> <li>• Raspado del sarro en presencia de inflamación gingival moderada o grave - 2 al año</li> </ul> <p>Exámenes bucales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 exámenes orales periódicos, exámenes bucales detallados y extensivos (enfocados en problemas concretos, reevaluaciones o enfocados a problemas limitados) al año</li> <li>• 3 exámenes orales limitados, enfocados a problemas concretos al año</li> <li>• 1 examen oral integral o examen periodontal integral cada 3 años por proveedor o ubicación</li> </ul>


**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios odontológicos* (continuación)</b></p> <p>Todos los servicios, las frecuencias y los costos de estos se indican en la Sección Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios de este beneficio.</p> <p>Los servicios odontológicos completos cubiertos por Medicare están cubiertos solo en caso de reconstrucción mandibular, lesión accidental, o extracciones de preparación para tratamientos de radioterapia.</p> <p>Cubrimos los servicios odontológicos preventivos mediante DentaQuest. Para saber si su proveedor dental está dentro de nuestra red, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-877-293-5325. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	<p>Flúor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 tratamientos con flúor al año</li> </ul> <p>Rayos X odontológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 serie completa de imágenes radiográficas intraorales, 1 serie de radiografías verticales interproximales (7-8 películas) y 1 imagen radiográfica panorámica cada 3 años</li> <li>• 2 radiografías intraorales-oclusales cada 2 años</li> <li>• Imágenes interproximales (1-4 imágenes) al año</li> </ul> <p><b>Servicios completos:</b></p> <p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Usted no paga nada por cada uno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento paliativo</li> <li>• Amalgama y restauración de resinas - 1 cada 24 meses</li> <li>• Incrustaciones, recubrimientos - 1 cada 60 meses</li> <li>• Reparación protectora - una vez por diente</li> <li>• Recimentación o readhesión de incrustaciones, recubrimientos, coronas - una vez cada 2 años después de 6 meses de la colocación inicial</li> <li>• Extracciones, coronectomía - una vez por diente</li> <li>• Ajuste de dentaduras postizas - 2 cada año después de 6 meses de la colocación inicial</li> <li>• Reparación de dentaduras postizas y sustituir/añadir dientes - una vez por diente al año</li> <li>• Rebasado o revestimiento de dentaduras postizas - 1 vez cada 36 meses después de 6 meses de la colocación inicial</li> </ul>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**



<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando obtiene estos servicios
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recimentación o readhesión de reparación parcial de dentaduras postizas, dentaduras arregladas parcialmente - una vez cada 2 años después de 6 meses de la colocación inicial</li> <li>• Acondicionamiento de los tejidos</li> <li>• Coronas - 1 cada 60 meses</li> </ul>
<b>Servicios odontológicos* (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconstrucción de muñón, pernos y retención de pernos, poste colado y muñón - Uno por diente cada 60 meses</li> <li>• Procedimientos sin especificar por informe</li> <li>• Endodoncias y retratamiento, alargamiento quirúrgico de la corona, obturaciones retrógradas - Una vez por diente una vez en la vida</li> <li>• Pulpotomía, biopulpectomía total - Una por diente una vez en la vida</li> <li>• Gingivectomía, gingivoplastia, cirugía periodontal a colgajo, cirugía ósea, raspado y alisado periodontal - uno por cuadrante cada 36 meses</li> <li>• Desbridamiento bucal completo - una vez cada 36 meses</li> <li>• Prótesis dentales parciales y completas, prótesis parciales fijas, implantes y servicios asociados, análisis de oclusión y ajuste completo - 1 cada 60 meses</li> <li>• Recimentación de implantes - una vez cada 2 años después de 6 meses de la colocación inicial</li> <li>• Cierre de fístula oro-antral, cierre principal de la perforación de un seno nasal - 2 por arco en toda la vida</li> <li>• Alveoloplastía - 1 por cuadrante una vez en la vida</li> <li>• Vestibuloplastía, frenectomía, frenuloplastía: 1 por arco una vez en la vida</li> </ul>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**


<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminación de exostosis, torus palatinus y mandibularis, reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea - 2 veces en la vida</li> <li>• Centros de cirugía ambulatoria, centros de cuidados extendidos/en casa - 6 al año</li> <li>• Consulta</li> <li>• Ajuste oclusal limitado - 1 por año</li> <li>• Otros servicios quirúrgicos</li> <li>• Aplicación de medicamento de desensibilización - 2 por año</li> <li>• Anestesia</li> </ul>
<b>Servicios odontológicos* (continuación)</b>	<p>Los beneficios odontológicos integrales y preventivos no cuentan en su límite anual de gastos de bolsillo.</p> <p>Existe un monto máximo de cobertura de \$1,500 por año para servicios odontológicos completos.</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>
 <b>Evaluación de cuadros depresivos</b> 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.	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para una consulta anual de evaluación de depresión.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>



**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Prueba de detección de diabetes</b></p> <p>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 dar cobertura a las pruebas si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y tener un historial familiar de diabetes.</p> <p>Con base en los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible hasta para dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>
<p> <b>Capacitación para el automanejo de la diabetes; servicios y suministros para la diabetes*</b></p> <p><i>(Se requiere autorización previa para los servicios/suministros para diabéticos que excedan los \$1000 por artículo/servicio.)</i></p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Usted no paga nada por los suministros de monitoreo para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Coaseguro del 20 % por zapatos terapéuticos o plantillas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> <b>Capacitación para el automanejo de la diabetes; servicios y suministros para la diabetes* (continuación)</b></p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (que usan o no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para monitorear su glucemia: Monitor de glucemia, tiras reactivas para la glucemia, equipos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para revisar la exactitud de las tiras reactivas y monitores.</li> <li>• Para las personas que padecen diabetes y tienen pie diabético grave: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos hechos a la medida (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 ajustes del calzado.</li> <li>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes se cubre bajo ciertas condiciones.</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Usted no paga nada por la capacitación para el autocontrol cubierta por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b></p> <p>Coaseguro del 20 % por suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Coaseguro del 20 % por zapatos terapéuticos o plantillas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por la capacitación para el autocontrol cubierta por Medicare.</p>


**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados*</b></p> <p><i>(Es posible que necesite una autorización previa para equipos y suministros. Se requiere autorización previa para todos los equipos alquilados).</i></p> <p>(Para ver la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones a electricidad, suministros para diabéticos, camas de hospital encargadas por un proveedor para ser usadas en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andador.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Coaseguro del 20 % por el equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un coaseguro del 20 % todos los meses.</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 Premier (PPO) había realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) es del 20 % del coaseguro.</p>


**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados* (continuación)</b></p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no posee una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede ordenarlo especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en <a href="http://www.hopkinsmedicare.com">www.hopkinsmedicare.com</a>.</p>	
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia se refiere a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia.</li> <li>• Servicios necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.</li> </ul> <p>Una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, 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>Copago de \$90 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare en los EE. UU.</p> <p>Usted no paga nada por los servicios de cuidado de emergencia en todo el mundo.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención de hospitalización después de haber estabilizado su condición de emergencia, usted debe retornar a un hospital de la red para pagar el monto de costo compartido por el tiempo que se quedó después de estabilizarse. Si usted se queda en el hospital fuera de la red, su estancia será cubierta, pero tendrá que pagar el monto de costo compartido fuera de la red por el tiempo que se quedó después de estabilizarse.</p> <p>El copago se exime si usted es admitido en el hospital dentro de las 24 horas por la misma condición.</p>


**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Atención de emergencia (continuación)</b></p> <p><u>Los servicios de atención de urgencia se cubren tanto en los Estados Unidos como en el mundo entero.</u></p> <p>Usted no paga nada por los servicios de cuidado de emergencia en todo el mundo. Existe un límite combinado de \$50,000 (USD) por año para servicios requeridos con urgencia o servicios de atención de emergencia proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. No hay cobertura una vez que es ingresado como paciente hospitalizado. Si requiere un servicio de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que los servicios se presten. Puede a continuación presentar sus reclamaciones y pruebas de pago para que se considere el reembolso (menos cualquier costo compartido aplicable del afiliado).</p> <p>Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7. Puede que no le reembolsemos todos los gastos que pague de su bolsillo. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las de los proveedores de fuera de los EE. UU. y sus territorios.</p>	
<p> <b>Programas educativos de salud y bienestar</b></p> <p><b>Línea directa a enfermería</b> - Disponible las 24 horas al día, siete días a la semana para responder sus preguntas de salud. Llame al 888-202-8828 o visite <a href="https://www.hopkinsmedicare.com/members/health-wellness-overview/nurse-chat">https://www.hopkinsmedicare.com/members/health-wellness-overview/nurse-chat</a> para saber cómo conversar con una enfermera en línea.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Usted no paga nada por los programas educativos de salud y bienestar.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> <b>Programas educativos de salud y bienestar (continuación)</b></p> <p><b>Programa Silver&amp;Fit® Healthy Aging and Exercise</b></p> <p>Este programa se ofrece a los beneficiarios elegibles de Medicare Advantage. Como miembro de Silver&amp;Fit, tiene las siguientes opciones disponibles sin costo para usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa Get Started: 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.</li> <li>• Más de 8,000 videos a pedido a través del sitio web y la biblioteca digital de aplicaciones móviles, incluidas las clases Silver&amp;Fit Signature Classes®.</li> <li>• Membresía en un centro de entrenamiento: Puede visitar los gimnasios participantes cerca de usted que participan en el programa.* Muchos gimnasios participantes también pueden ofrecer clases de bajo impacto enfocadas en mejorar y aumentar la fuerza y resistencia muscular, movilidad, flexibilidad, rango de movimiento, equilibrio, agilidad y coordinación.</li> <li>• Una vez que se una, puede cambiarse a otro gimnasio Silver&amp;Fit participante una vez al mes, y el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente (es posible que deba completar un nuevo acuerdo de membresía en el gimnasio).</li> <li>• Kits de ejercicios en casa: Usted es elegible para recibir un kit de ejercicios en casa por año de beneficios de una variedad de categorías de acondicionamiento físico.</li> </ul>	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**


<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Programas educativos de salud y bienestar (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiones de Coaching sobre envejecimiento saludable por teléfono con un entrenador capacitado donde puede discutir temas como ejercicio, nutrición, aislamiento social y salud cerebral.</li> <li>• La herramienta Silver&amp;Fit Connected™ para realizar un seguimiento de su actividad.</li> <li>• Clases en línea sobre envejecimiento saludable.</li> </ul> <p>¡El programa Silver&amp;Fit tiene algo para todos (Something for Everyone®)!</p> <p>*Los servicios no estándar que tienen un costo adicional no son parte del programa Silver&amp;Fit y no serán reembolsados.</p> <p>El programa Silver&amp;Fit está a cargo de la American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&amp;Fit, Silver&amp;Fit Signature Series y Silver&amp;Fit Connected! son marcas comerciales de ASH. Los centros y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios. Los kits están sujetos a cambios.</p> <p>Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-877-293-5325 para obtener más información sobre los programas educativos de salud y bienestar ofrecidos por Johns Hopkins Advantage MD.</p>	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <p>Las evaluaciones de audición y de equilibrio de diagnóstico realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico son cubiertas como atención ambulatoria cuando las suministra un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p><b>Examen auditivo:</b> 1 examen auditivo de rutina al año.</p> <p><b>Audífonos:</b> Hasta dos audífonos de la marca TruHearing por año (uno por oído por año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que vienen en distintos estilos y colores y están disponibles en opciones recargables a un costo de \$50 por audífono. El beneficio se presta dentro y fuera de la red. Debe ver a un proveedor de TruHearing para hacer uso de este beneficio. Llame al 1-877-293-5325 para programar una cita (para TTY, marque 711). La compra del audífono incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas de seguimiento con el proveedor durante el primer año</li> <li>• Período de prueba de 60 días</li> <li>• Garantía extendida de 3 años</li> <li>• 80 baterías por audífono para modelos no recargables</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Copago de \$10 por cada examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada*</p> <p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Copago de \$399 por audífonos avanzados* Copago de \$699 por audífonos premium* \$50 de costo adicional por audífono para optar por un audífono recargable.</p> <p><i>*El examen de audición de rutina y los copagos para audífonos no están sujetos al máximo de costos de bolsillo.</i></p> <p><b><i>Para el beneficio de audífonos dentro y fuera de la red, se debe usar el proveedor TruHearing.</i></b></p>



**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios de audición (continuación)</b></p> <p>El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo adicional por el recargo del audífono.</li> <li>• Moldes para audífonos</li> <li>• Accesorios para audífonos</li> <li>• Visitas adicionales al proveedor</li> <li>• Baterías adicionales; baterías cuando se adquieren audífonos recargables</li> <li>• Audífonos que no sean de la marca TruHearing</li> <li>• Costos asociados con reclamaciones de garantía por pérdida y daño</li> </ul> <p><b>Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.</b></p>	
<p> <b>Pruebas de detección de VIH</b></p> <p>Para las personas que solicitan un examen de detección de VIH o que tienen un mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de detección cada 12 meses</li> </ul> <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para miembros elegibles para el examen de detección de VIH cubierto por Medicare.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Agencias para el cuidado de la salud en el hogar*</b></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 implicaría un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería especializada y de asistencia de atención 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)</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla</li> <li>• Servicios médicos y sociales</li> <li>• Equipos y suministros médicos</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Usted no paga nada por los servicios de cuidado de la salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Terapia de infusión en el hogar*</b> (<i>Es posible que necesite una autorización previa</i>).</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), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención</li> <li>• Capacitación y educación para pacientes que no están cubiertos por el beneficio de equipos médicos duraderos</li> <li>• Monitoreo remoto</li> <li>• 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.</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Coaseguro del 20 % por cada servicio de terapia de infusión en el hogar cubierto por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar</b> cuando obtiene estos servicios
<p><b>Cuidado de hospicio</b></p> <p>Usted es elegible para gozar del beneficio de hospicio 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. Usted puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o tiene un interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)****Cuidado de hospicio (continuación)**

Los servicios cubiertos incluyen:

- Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor
- Cuidado de relevo a corto plazo
- Atención domiciliaria

Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan. Si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.

Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare y que están relacionados con su diagnóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio y sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A o la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor del hospicio le facturará a Original Medicare los servicios que cubre Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.


Para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal: Si necesita un servicio que no es una emergencia ni urgente, que está cubierto bajo la Parte A y la 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 normas del plan (por ejemplo, si está el requisito de obtener una autorización previa).

- Si recibe el servicio cubierto de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, 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 del plan por servicios fuera de la red.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Cuidado de hospicio (continuación)</b></p> <p><u>Para los servicios cubiertos por Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) pero no por la Parte A o B de Medicare: Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) 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 de costo compartido por estos servicios.</u></p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no se relacionan con su condición terminal de hospicio, usted paga el costo compartido. Si se relacionan con su condición terminal de hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare.</u> 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 (<i>Qué ocurre si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare</i>).</p> <p><b>Nota:</b> Si necesita atención médica convencional (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), debe contactarnos para programar los servicios.</p>	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Vacunas</b></p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la neumonía</li> <li>• Vacunas antigripales, una vez cada temporada de gripe en el otoño y en el invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario.</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B si tiene un alto riesgo o un riesgo intermedio de contagiarse con hepatitis B</li> <li>• Vacuna contra la COVID-19</li> <li>• Otras vacunas, si usted es un paciente de riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare</li> </ul> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. 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 que cubre la Parte D.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para las vacunas de neumonía, influenza, hepatitis B y COVID-19.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Atención médica para pacientes hospitalizados*</b></p> <p><i>(Se requiere autorización previa).</i></p> <p>Incluye atención de pacientes agudos hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados comienza el día en que usted 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><b>Dentro de la red</b></p> <p>Usted paga un copago de \$200 por día por los días 1 a 5 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada cada día durante los días 6 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare. 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>Usted paga todos los costos más allá de los días de reserva de por vida.</p> <p>Los períodos hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar el número total de días cubiertos. (Ver definición de períodos de beneficio en el Capítulo Definiciones de palabras importantes.)</p> <p><b>Fuera de la red</b></p> <p>Usted paga un coaseguro del 30 % por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por cada “día de reserva vitalicia” después del día 90 (hasta 60 días a lo largo de su vida).</p> <p>Usted paga todos los costos más allá de los días de reserva de por vida.</p> <p>Los períodos hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar el número total de días cubiertos. (Ver definición de períodos de beneficio en el Capítulo Definiciones de palabras importantes.)</p>



**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Atención médica para pacientes hospitalizados* (continuación)</b></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. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)</li> <li>• Comidas, incluyendo dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería regular</li> <li>• Costos de unidades de cuidado especial (como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario)</li> <li>• Fármacos y medicamentos</li> <li>• Exámenes de laboratorio</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios</li> <li>• Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas</li> <li>• Costos de quirófanos y salas de recuperación</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla</li> <li>• Servicios de hospitalización por abuso de sustancias</li> <li>• Bajo ciertas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: corneal, de riñón, reno-pancreático, de corazón, de hígado, de pulmón, cardiopulmonar, de médula ósea, de células madre e intestinal o multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos que un centro de trasplante aprobado por Medicare revise su caso y decida si es candidato para un trasplante.</li> </ul>	<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>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Atención médica para pacientes hospitalizados* (continuación)</b></p> <p>Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de la red para trasplantes están fuera del modelo de atención de la comunidad, usted puede elegir si recibe los servicios de trasplante en una ubicación cercana, siempre que los proveedores locales de trasplante acepten la tarifa de Original Medicare. Si Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) suministra servicios de trasplante en una ubicación fuera del modelo de atención de trasplantes en su comunidad y usted elige recibir el trasplante en ese lugar, nosotros coordinaremos o pagaremos por los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante.</p>	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre, incluye su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos (así como otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesita.</li> <li>• Servicios médicos</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe redactar una orden para ingresarlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se lo 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 “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio?” <i>Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta ficha informativa está disponible en la web en <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 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 al día, los 7 días de la semana.</p>	



**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico*</b> (<i>Se requiere autorización previa</i>).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieran estadía en el hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Usted paga un copago de \$200 por día por los días 1 a 5 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>No paga nada cada día durante los días 6 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>Los períodos hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar el número total de días cubiertos por la salud mental de pacientes hospitalizados. (Ver definición de períodos de beneficio en el Capítulo Definiciones de palabras importantes.)</p> <p><b>Fuera de la red</b></p> <p>Coaseguro del 30 % por cada estadía en el hospital 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. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días. Usted no paga nada por cada “día de reserva vitalicia” después del día 90 (hasta 60 días adicionales a lo largo de su vida). Usted paga todos los costos más allá de los días de reserva de por vida.</p> <p>Los períodos hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar el número total de días cubiertos por la salud mental de pacientes hospitalizados. (Ver definición de períodos de beneficio en el Capítulo Definiciones de palabras importantes.)</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><b>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</b></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 algunos de los servicios que haya recibido en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos</li> <li>• Pruebas de diagnóstico (como exámenes de laboratorio)</li> <li>• Radiografías, radioterapias y terapias con radioisótopos, incluso los servicios y materiales técnicos</li> <li>• Vendajes quirúrgicos</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y dislocaciones</li> <li>• 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 remplazos y reparaciones de dichos dispositivos</li> <li>• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones y remplazos necesarios por daños, desgaste, pérdida o un cambio de la condición física del paciente</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Usted paga los costos compartidos aplicables por los servicios cubiertos como si se hubieran provisto de manera ambulatoria. Consulte los beneficios aplicables en la Sección de esta Evidencia de cobertura.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Terapia médica de nutrición</b></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 cambia su condición, tratamiento o diagnóstico, podría tener derecho a recibir más horas de tratamiento, siempre y cuando cuente con la orden de un médico. Un médico debe prescribir dichos servicios y renovar su orden anualmente, si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para recibir los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>
<p> <b>Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b></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><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para el beneficio de MDPP.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)****Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare\****(Se requiere autorización previa).*

Las siguientes clases de medicamentos están sujetas a autorización previa y terapia escalonada:

- Deficiencia de alfa-1 antitripsina
- Antimetabolitos
- Autoinmunidad Infundida/Infliximab
- Autoinmunidad Infundida/Otros
- Avastin/Biosimilares (Oncología)
- Toxinas botulínicas
- Anticuerpo Monoclonal para el Cáncer de Mama
- Inhibidores del complemento (aHUS, gMG, PNH)
- Inhibidores del complemento (NMOSD)
- Hematológicos, eritropoyesis - agentes estimulantes (ESA)
- Factores estimulantes de colonias de neutropenia hematológicos: acción prolongada
- Factores estimulantes de colonias de neutropenia hematológicos: acción corta
- Agentes hematopoyéticos - Hierro
- Factor VIII Recombinante para la hemofilia
- Factor IX Recombinante para la hemofilia
- Inmunoglobulina intravenosa
- Inmunoglobulina subcutánea
- Trastornos por almacenamiento lisosómico: enfermedad de Gaucher
- Inhibidores mitóticos
- Inhibidores del proteasoma para el mieloma múltiple
- Esclerosis múltiple (infundida)
- Osteoartritis, Viscosuplementos - Inyección múltiple
- Osteoartritis, Viscosuplementos - Inyección única
- Osteoporosis - Densitometría ósea
- Osteoporosis - Hipercalcemia por malignidad

**Dentro de la red y fuera de la red**

Coaseguro del 0 % al 20 % por cada medicamento de quimioterapia de la parte B cubierto por Medicare.

Coaseguro del 0 % al 20 % por otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.

El coaseguro para la insulina está sujeto a un límite de coaseguro de \$35 para un suministro de un mes de insulina. Los deducibles a nivel del plan no aplican.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)****Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare\* (continuación)**

- Inhibidores de puntos de control inmunitario PD1/L1 - Células basales y células escamosas
- Inhibidores de puntos de control inmunitario PD1/L1 - Cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC)
- Cáncer de próstata - Agentes liberadores de hormonas (LHRH)
- Cáncer de próstata - Agentes liberadores de hormonas (LHRH) Agentes antagonistas
- Agentes de trastornos de la retina - (ARMD) Degeneración macular relacionada con la edad
- 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/](http://www.hopkinsmedicare.com/members/rx-coverage-overview/). Las actualizaciones de la lista pueden ocurrir 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 para 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 reciben servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o quirúrgicos ambulatorios
- Insulina proporcionada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)



**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)****Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare\* (continuación)**

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


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

[www.hopkinsmedicare.com/part-b-drugs](http://www.hopkinsmedicare.com/part-b-drugs)

También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de la Parte B o Parte D sobre 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 debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Evaluación de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida</b></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 se puede coordinar con su plan de prevención integral. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para la evaluación y terapia preventiva de obesidad.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>
<p><b>Servicios del Programa de Tratamiento para Opioides</b></p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento para Opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agonistas opioides y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT)</li> <li>• Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde)</li> <li>• Orientación sobre el uso de sustancias</li> <li>• Terapia grupal e individual</li> <li>• Prueba toxicológica</li> <li>• Actividades de admisión</li> <li>• Evaluaciones periódicas</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Usted no paga por el servicio de tratamiento por consumo de opioides cubierto por Medicare.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios*</b></p> <p><i>(Es posible que necesite una autorización previa).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:</li> <li>• Radiografías</li> <li>• Radioterapias (radio e isótopos), incluso los suministros y materiales técnicos</li> <li>• Suministros quirúrgicos, tales como vendajes</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y dislocaciones</li> <li>• Exámenes de laboratorio</li> <li>• Sangre, incluye su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos (así como otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesita.</li> <li>• Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p><b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b> (por ejemplo, biopsias, endoscopías) Copago de \$10</p> <p><b>Servicio de imágenes avanzadas</b> (por ejemplo, resonancias magnéticas, TC, examen de PET, y pruebas de esfuerzo) Copago de \$100</p> <p><b>Servicio de imágenes básicas</b> (por ejemplo, rayos X generales, mamografía de diagnóstico, ultrasonidos) Copago de \$10</p> <p><b>Exámenes de sangre</b> Usted no paga nada</p> <p><b>Cada consulta por servicios de radiología terapéutica</b> (radiación) Coaseguro del 20 %</p> <p><b>Cada consulta por servicios de medicina nuclear</b> Coaseguro del 20 %</p> <p><b>Suministros médicos o quirúrgicos</b> Coaseguro del 20 %</p> <p><b>Cada visita al laboratorio (por día y por centro) para servicios de laboratorio clínico y de diagnóstico</b> (por ejemplo, análisis de sangre, análisis de materia fecal, creatinina, glucosa en la sangre).</p> <p><b>Dentro de la red</b> Usted no paga nada</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$5</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Observación hospitalaria ambulatoria</b></p> <p>Los servicios de observación son los servicios hospitalarios ambulatorios brindados para determinar si necesita ser hospitalizado como internado o si se le puede dar el alta.</p> <p>Para que los servicios de observación sean cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y deben ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son proporcionados por la orden de un médico o de otra persona autorizada certificada por el estado y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital u ordenar pruebas a pacientes ambulatorios.</p> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarle como paciente hospitalizado, a usted se le considera un paciente ambulatorio y debe pagar las cantidades de costos compartidos por servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se lo 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 “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio?” <i>Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta ficha informativa está disponible en la web en <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 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 al día, los 7 días de la semana.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Copago de \$150 por día para servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</b></p> <p><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"> <li>• Servicios realizados en una sala de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, por ejemplo, servicios de observación o cirugía ambulatoria.</li> <li>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.</li> <li>• Atención de salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento con hospitalización sin esta atención.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.</li> <li>• Suministros médicos como férulas y yesos.</li> <li>• Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarle como paciente hospitalizado, a usted se le considera un paciente ambulatorio y debe pagar las cantidades de costos compartidos por servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se lo podría considerar un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</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 son prestados en el hospital, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización parcial</li> <li>• Atención de emergencia</li> <li>• Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</li> <li>• Equipo médico duradero</li> <li>• Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos, que incluyen radiografías para pacientes ambulatorios</li> <li>• Cirugía ambulatoria</li> </ul>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* (continuación)</b></p> <p>También puede encontrar más información en la ficha informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio?” <i>Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta ficha informativa está disponible en la web en <a href="https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> 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 al día, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Atención de salud mental como paciente ambulatorio</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un consejero profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), una enfermera practicante (NP), un asistente médico (PA) u otros profesionales de atención de salud mental calificados por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p>	<p><b>Consulta psiquiátrica</b></p> <p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Copago de \$25 por cada sesión individual con un psiquiatra y \$25 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b></p> <p>Coaseguro del 30 % por cada sesión individual con un psiquiatra y \$30 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p><b>Consulta por salud mental</b></p> <p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Copago de \$25 por cada sesión individual con un tipo distinto de especialista y \$25 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b></p> <p>Coaseguro del 30 % por cada consulta individual con un tipo diferente de especialista y 30 % por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios*</b></p> <p><i>(Es posible que necesite una autorización previa. Se requiere autorización previa para todas las consultas si la terapia se realiza en un establecimiento con servicios de enfermería especializada).</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y 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 integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Copago de \$10 por cada sesión de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por cada sesión de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</b></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><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Copago de \$10 por cada consulta individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por cada consulta grupal cubierta por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en un centro hospitalario ambulatorio y en centros de cirugía ambulatoria*</b></p> <p><i>(Se requiere autorización previa).</i></p> <p><b>Nota:</b> 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 cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se lo podría considerar un “paciente ambulatorio”.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p><b>Centro de cirugía ambulatoria</b></p> <p>Copago de \$100 por cada servicio del centro de cirugía ambulatoria cubierto por Medicare.</p> <p><b>Hospital ambulatorio</b></p> <p>Copago de \$150 por cada servicio quirúrgico ambulatorio cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos *</b></p> <p><i>(Se requiere autorización previa).</i></p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se presta como un servicio hospitalario ambulatorio o en un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de salud mental que se proporciona en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado federalmente o un consultorio médico rural. Este tratamiento es más intenso que la atención recibida en la consulta de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Copago de \$20 por cada hospitalización parcial cubierta por Medicare.</p>



**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios de médicos, lo que incluye las visitas al consultorio de su médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otra instalación.</li> <li>• Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista</li> <li>• Los exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico los ordena para verificar si necesita tratamiento médico</li> <li>• Ciertos servicios de telesalud, incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Consultas de atención primaria</b></p> <p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Usted no paga nada por cada visita al PCP cubierta por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b></p> <p>Coaseguro del 30 % por cada visita al PCP cubierta por Medicare.</p> <p><b>Consulta a especialistas</b></p> <p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Copago de \$25 por cada consulta al especialista cubierta por Medicare.</p> <p><b>Fuera de la red</b></p> <p>Coaseguro del 30 % por cada visita a un especialista cubierta por Medicare.</p> <p><b>Consulta a otros profesionales de atención médica</b></p> <p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Copago de \$10 por cada consulta a otros profesionales de atención médica cubierta por Medicare.</p>


**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios de médicos, lo que incluye las visitas al consultorio de su médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación.</li> <li>• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación</li> <li>• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud</li> <li>○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud</li> <li>○ Se pueden hacer excepciones a lo mencionado anteriormente en ciertas circunstancias</li> </ul> </li> <li>• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal</li> </ul> <p>Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos si:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no es un paciente nuevo y</li> <li>○ La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y</li> <li>○ La consulta no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible</li> </ul>	<p><b>Telesalud</b></p> <p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Usted no paga nada por cada visita de telesalud cubierta por Medicare para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención urgente - <i>Johns Hopkins OnDemand Virtual Care</i></li> <li>• Salud en el hogar</li> <li>• Atención primaria</li> <li>• Especialista</li> <li>• Salud mental y tratamiento ambulatorio para abuso de sustancias</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b></p> <p>Coaseguro del 30 % por cada visita de telesalud cubierta por Medicare para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud en el hogar</li> <li>• Atención primaria</li> <li>• Especialista</li> <li>• Salud mental</li> </ul> <p>Usted no paga nada por cada visita de telesalud de salud en el hogar cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por cada visita de telesalud por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 por cada visita de telesalud de atención de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>Donde esté disponible del proveedor de servicios.</p>


**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios de médicos, lo que incluye las visitas al consultorio de su médico (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de videos y/o imágenes que le envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas <u>si</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no es un paciente nuevo y</li> <li>○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y</li> <li>○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible</li> </ul> </li> <li>• La consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico</li> <li>• Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.</li> <li>• 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)</li> </ul>	
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espón calcáneo).</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan sus extremidades inferiores.</li> </ul> <p>Además de los beneficios cubiertos de Medicare, también ofrecemos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de podología de rutina no cubierta por Medicare</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Copago de \$10 por cada servicio de podología cubierto por Medicare.</p> <p><b>Atención de servicios de podología de rutina no cubiertos por Medicare.</b></p> <p>Copago de \$10 por cada 12 visitas por año.</p>


**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b></p> <p>Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de tacto rectal</li> <li>• Prueba del Antígeno Prostático Específico (Prostate Specific Antigen, PSA)</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para un examen anual de PSA.</p> <p>Usted no paga nada por el examen rectal digital cubierto por Medicare</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>
<p><b>Dispositivos prostéticos y suministros relacionados*</b></p> <p><i>(Es posible que necesite una autorización previa).</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 reemplazo de estas. También incluye cierta cobertura seguida de la eliminación de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener más información revise “Cuidado de la vista” más adelante en esta Sección.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Coaseguro del 20 % por aparatos de prótesis cubiertos por Medicare.</p> <p>Coaseguro del 20 % por suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>


**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Cubrimos programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada o severa y que tienen una orden, del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica, para recibir rehabilitación pulmonar.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Usted no paga nada por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>
<p> <b>Evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol</b></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><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de evaluación y orientación cubierto por Medicare para reducir el abuso del alcohol.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT)</b></p> <p>Para los individuos que califican, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p><b>Los miembros elegibles son:</b> personas de 50 a 77 años que no presentan señales o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de fumador de al menos 20 paquetes al año y que fuman actualmente o dejaron de fumar en 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 cumplan con los criterios de Medicare para tales sesiones, y que estas se realicen por un médico o un 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><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></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> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Evaluación de enfermedades de transmisión sexual (STI) y orientación para prevenirlas</b></p> <p>Cubrimos evaluaciones de infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI) por clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas evaluaciones están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con alto riesgo de contraer una STI, cuando estas evaluaciones sean ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales presenciales de orientación de alta intensidad cada año, de 20 a 30 minutos cada una, para los adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer una STI. 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><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>No se aplican coaseguros, copagos o deducibles para el servicio para la evaluación de detección de STI cubierto por Medicare y asesoría para prevenirlas.</p> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Servicios para tratar enfermedades renales</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• 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 de este servicio esté temporalmente no disponible o inaccesible)</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es ingresado para hospitalización en un hospital de cuidado especial)</li> <li>• Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude en los tratamientos de diálisis en el hogar)</li> <li>• Equipos y suministros de diálisis en el hogar</li> <li>• Algunos servicios de asistencia en el hogar (como visitas de especialistas en diálisis para revisar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar sus equipos de diálisis y suministro de agua, cuando sea necesario)</li> <li>• 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 “<b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b>”.</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Copago de \$10 por cada servicio de educación sobre la enfermedad renal cubierto por Medicare</p> <p>Coaseguro del 20 % por cada servicio de diálisis cubierto por Medicare.</p>




**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)*</b> (<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. En ocasiones, a los centros de enfermería especializada 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 los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)</li> <li>• Comidas, incluyendo dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería especializada</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla</li> <li>• Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (incluye sustancias que están naturalmente presentes en su cuerpo, como factores de coagulación sanguínea).</li> <li>• Sangre, incluye su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos (así como otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesita.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF</li> <li>• Análisis de laboratorio proporcionados normalmente por los SNF</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Usted no paga nada por día, desde el día 1 hasta el día 20</p> <p>Copago de \$100 por día para los días 21 al 100</p> <p>La estadía en el hospital como paciente hospitalizado es necesaria antes de la admisión.</p> <p><b>Fuera de la red</b></p> <p>Coaseguro del 30 %</p> <p>La estadía en el hospital como paciente hospitalizado es necesaria antes de la admisión.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)* (continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de equipos tales como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF</li> <li>• Servicios de médicos/profesionales</li> </ul> <p>Generalmente, recibirá su atención en un SNF de un centro de la red. Sin embargo, bajo las siguientes circunstancias, usted podría pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea parte del plan, siempre y cuando el centro acepto los montos de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho viva en el momento en que usted sale del hospital</li> </ul>	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> <b>Cese del consumo de cigarrillos y tabaco (orientación para dejar de fumar cigarrillos o tabaco)</b></p> <p><u>Si fuma tabaco, pero no tiene síntomas o señales de una enfermedad relacionada con el mismo:</u> Cubrimos dos orientaciones 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 consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que pueda ser afectado por el tabaco:</u> Cubrimos sesiones de orientación para el cese del consumo. Cubrimos dos sesiones de orientación para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses, sin embargo, pagará los costos compartidos que correspondan. Cada sesión de orientación para intentar dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas individuales.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></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> <p>Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p><b>Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET)</b></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 período 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"> <li>• Consistir en sesiones de 30-60 minutos que sigan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación</li> <li>• Realizarse en un entorno de servicios ambulatorios en un hospital o en un consultorio médico</li> <li>• Ser brindado por personal auxiliar calificado que se asegure de que el beneficio exceda el daño, así como que esté capacitado en terapia de ejercicio para PAD</li> <li>• Estar bajo supervisión directa de un médico, médico asistente o enfermero profesional/enfermero clínico especialista entrenado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas</li> </ul> <p>Una vez pasadas las 36 sesiones durante el período de 12 semanas, puede que se ofrezca cobertura SET para unas 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo extendido si un profesional de la salud lo considera necesario.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Usted no paga nada por este servicio cubierto por Medicare.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)****Servicios requeridos con urgencia**

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, pero, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios requeridos con urgencia de un proveedor fuera de la red. Los servicios se deben necesitar inmediatamente y ser médicamente necesarios. El plan debe cubrir los servicios requeridos con urgencia provistos fuera de la red si: Está temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos necesarios para una condición imprevista, pero no es una emergencia médica; o resulta poco razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red. El costo compartido por los servicios requeridos con urgencia prestados fuera de la red es el mismo que para los servicios dentro de la red.

Los servicios requeridos con urgencia se cubren tanto en los Estados Unidos como en el mundo entero.

Si requiere un servicio de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que los servicios se presten. Puede a continuación presentar sus reclamaciones y pruebas de pago para que se considere el reembolso (menos cualquier costo compartido aplicable del afiliado).

Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7. Puede que no le reembolsemos todos los gastos que pague de su bolsillo. Esto se debe a que nuestras tarifas contratadas pueden ser inferiores a las de los proveedores de fuera de los EE. UU. y sus territorios.


**Dentro de la red y fuera de la red**

Copago de \$20 por cada servicio de urgencia cubierto por Medicare.


Usted no paga nada por las visitas de cuidado de urgencia en todo el mundo.

Existe un límite combinado de \$50,000 (USD) por año para servicios requeridos con urgencia o servicios de atención de emergencia proporcionados fuera de los Estados Unidos y sus territorios. No hay cobertura una vez que es ingresado como paciente hospitalizado.


**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Atención de la vista</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen anual de glaucoma. 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.</li> <li>• Para personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año.</li> <li>• 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).</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b></p> <p>Copago de \$10 por cada examen de la vista 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 una cirugía de cataratas cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted no paga nada por el examen de la vista anual por diabetes.</p> <p>Usted no paga nada por un examen de la vista rutinario cada año calendario.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$400 cada dos años por anteojos suplementarios (en tiendas minoristas o de venta en línea) de cualquier proveedor.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios cubiertos para usted</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios</b>
<p> <b>Atención de la vista (continuación)</b></p> <p>Además de los beneficios cubiertos de Medicare, también ofrecemos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la vista rutinario (cada año).</li> <li>• 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"> <li>○ Los anteojos no incluyen opciones de lentes, como tintadas, progresivas, lentes de transición, pulimentado y seguro.</li> </ul> </li> </ul> <p>Cubrimos los servicios de la vista de rutina a través de un proveedor de la red. Para saber si su proveedor de atención de la vista está dentro de nuestra red, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-877-293-5325. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	<p>*Los exámenes de la vista de rutina y los beneficios de anteojos NO cuentan en su límite anual de gastos de bolsillo.</p>

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 <b>Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</b> El plan cubre una única consulta preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> . La consulta incluye una revisión de su estado su salud, así como educación y orientación acerca de los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertos exámenes y vacunas) y, de ser necesario, remisiones para recibir otro tipo de atención. <b>Importante:</b> 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 <i>Bienvenido a Medicare</i> .	<b>Dentro de la red y fuera de la red</b> No existe ningún coaseguro, copago o deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> . Si usted recibe otros servicios durante la consulta, es posible que se apliquen costos compartidos adicionales.

**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1 Servicios que *no* cubre nuestro plan (exclusiones)**

Esta Sección le indica qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La tabla a continuación incluye los servicios y artículos que o bien no están cubiertos bajo ninguna condición o están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos) debe pagar por ellos usted mismo, excepto en condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos no están cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si el servicio se apela 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 la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).



**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos bajo ninguna condición</b>	<b>Cubiertos solo bajo condiciones específicas</b>
Acupuntura		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La asignación de acupuntura se puede utilizar para cualquier tipo de servicio de acupuntura, además de la acupuntura cubierta por Medicare para el beneficio de dolor lumbar crónico.</li> </ul>
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubiertos en caso de una lesión accidental o para el mejoramiento del funcionamiento de un miembro malformado del cuerpo.</li> <li>• Cubierto para todas las etapas de reconstrucción del seno luego de una mastectomía, así como el seno no afectado para producir un aspecto simétrico.</li> </ul>
<p>Cuidado de apoyo</p> <p>El cuidado de apoyo es el cuidado personal que no requiere de la atención continua por parte de un personal médico o paramédico entrenado, que le ayuda con las actividades de la vida cotidiana como bañarse o vestirse.</p>	<b>No cubiertos bajo ninguna condición</b>	
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos determinados por Original Medicare que no son aceptados de manera general por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede ser cubierto por Original Medicare según un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</li> </ul> <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información acerca de los estudios de investigación clínica).</p>
Honorarios por la atención cobrados por sus familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar.	<b>No cubiertos bajo ninguna condición</b>	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos bajo ninguna condición</b>	<b>Cubiertos solo bajo condiciones específicas</b>
Cuidados de enfermería a tiempo completo en su hogar.	<b>No cubiertos bajo ninguna condición</b>	
Audífonos y consultas a proveedores para reparar audífonos (excepto como se describe específicamente en los Beneficios cubiertos), moldes para oídos, accesorios para audífonos, tarifas de reclamación de garantía y baterías para audífonos (más de 80 baterías gratis por cada audífono no recargable comprado).	<b>No cubiertos bajo ninguna condición</b>	
Entrega de comidas a domicilio	<b>No cubiertos bajo ninguna condición</b>	
Los servicios de trabajo doméstico incluyen asistencia básica para el hogar, como tareas domésticas ligeras o preparación de comidas simples.	<b>No cubiertos bajo ninguna condición</b>	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	<b>No cubiertos bajo ninguna condición</b>	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies		<ul style="list-style-type: none"> <li>Los zapatos que forman parte de un aparato ortopédico de piernas y están incluidos en el costo de este aparato. Zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas con enfermedad de pie diabético.</li> </ul>
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o un televisor.	<b>No cubiertos bajo ninguna condición</b>	

**Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos bajo ninguna condición</b>	<b>Cubiertos solo bajo condiciones específicas</b>
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubierto solo cuando es médicamente necesario.</li> </ul>
Reversión de procedimientos de esterilización y suministros de anticonceptivos de venta libre.	<b>No cubiertos bajo ninguna condición</b>	
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios odontológicos pueden estar cubiertos si se proporcionan en un hospital o los proporciona un médico.</li> </ul>
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para visión reducida.	<b>No cubiertos bajo ninguna condición</b>	
Servicios considerados como no razonables ni necesarios, según los estándares de Original Medicare.	<b>No cubiertos bajo ninguna condición</b>	

# CAPÍTULO 5:

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

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

### SECCIÓN 1 Introducción

---

Este Capítulo **explica las normas para usar su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para los beneficios de medicamentos de la Parte B y beneficios de medicamentos para hospicio.

<b>Sección 1.1</b>	<b>Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan</b>
--------------------	--

El plan normalmente cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando cumpla las siguientes reglas 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 en virtud de la ley estatal.
- El profesional que le recete no debe estar en la Lista de preclusión o exclusión 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 pedido 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 deben estar en la “Lista de medicamentos”*).
- Su medicamento debe ser usado 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. (Consulte 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 pedido por correo del plan

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Use una farmacia de la red</b>
--------------------	-----------------------------------

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* 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 recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

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 debe buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestra página web ([www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com)) o llamar al Servicio de Atención al Cliente.

Usted 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. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del Servicio de Atención al Cliente o utilice el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com).

#### ¿Qué sucede si 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 atención a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo (como un hogar de reposo) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con el 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 pueden 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 ocurre pocas veces).

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* o llame al Servicio de Atención al Cliente.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

### Sección 2.3 Usar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos disponibles a través de pedido por correo son medicamentos que usted toma de manera regular debido a una condición médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con “NM” que significa no disponibles por correo en nuestra Lista de medicamentos.

Nuestro servicio de pedido por correo del plan le permite ordenar un **suministro de hasta 90 días** para medicamentos de Nivel 2-4 y un **suministro de hasta 100 días** para medicamentos de Nivel 1.

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

Generalmente, usted recibirá un pedido farmacéutico por correo en un máximo de 10 días. Si la farmacia de pedidos por correo cree que el pedido se demorara, le notificarán la demora. 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 del 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 nuevas recetas que reciba de proveedores de atención médica, sin verificar primero con usted, si:

- Usted utilizó los servicios de pedido 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](http://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, puede ser elegible para un reembolso.

Si usted usó el pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta automáticamente y envíe cada medicamento recetado nuevo, póngase en contacto con nosotros iniciando sesión en su cuenta de [Caremark.com](http://Caremark.com) o llamando al Servicio de Atención al Cliente.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

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

**Resurtidos de medicamentos recetados de pedido 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 automático cuando nuestros registros nos indiquen que está próximo a quedarse sin medicamento. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviarle cada reposición para asegurarse de que necesita más medicamento, y usted podrá cancelar las reposiciones programadas si tiene suficiente cantidad de medicamento o este ha cambiado.

Si elige no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se agote su receta actual. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta de Caremark.com o llamando al Servicio de Atención al Cliente.

Si recibe una reposición automáticamente por correo que usted no quiere, puede ser elegible para un reembolso.

<b>Sección 2.4</b>	<b>¿Cómo puede obtener suministro a largo plazo de medicamentos?</b>
--------------------	--

Cuando tiene un suministro a largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece una manera de obtener un suministro a largo plazo (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 a largo plazo).

1. Algunas farmacias de venta al por menor de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* le indica en cuáles farmacias de nuestra red puede hacerlo. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para más información.



## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

### Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?

#### Es posible que su medicamento recetado esté cubierto en determinadas 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 el Servicio de Atención al Cliente** para saber si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que 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 de la red.

A continuación, le describimos en qué circunstancias podríamos cubrir recetas surtidas en una farmacia 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 se solicita un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestro costo compartido. (La Sección 2 del Capítulo 7 explica cómo solicitar un reembolso al plan).

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

### 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. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son solamente los cubiertos por la Parte D de Medicare.

Normalmente, cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre que se apegue al resto de las normas de cobertura que se detallan en este Capítulo, y que el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que esté:

- Autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) para el diagnóstico o la condición por el cual está siendo recetado.
- - O - Respaldo 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 recetado que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico y, por lo general, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos de remplazo disponibles para muchos medicamentos de marca. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

### ¿Qué *no* está incluido en la Lista de medicamentos?

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 saber más sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este Capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Existen cinco niveles de costo compartido para los medicamentos en la “Lista de medicamentos”</b>
--------------------	--

Cada medicamento de la "Lista de medicamentos" del plan se ubica en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto es el nivel de los costos compartidos, mayor es el costo del medicamento:

- **Nivel 1 de costo compartido: Genérico preferido**  
El Nivel 1 es el nivel más bajo y abarca los medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 2 de costo compartido: Genérico**  
El Nivel 2 abarca medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 3 de costo compartido: Marca preferida**  
El Nivel 3 abarca medicamentos de marcas preferidas y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 4 de costo compartido: Medicamento no preferido**  
El Nivel 4 abarca medicamentos no preferidos de marca y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Nivel 5 de costo compartido: Nivel de especialidad**  
El Nivel 5 es el nivel más alto. Contiene medicamentos de marca y genéricos muy costosos, que pueden requerir un manejo especial o estrecha supervisión.

Para determinar en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El monto que pagará por los medicamentos en cada nivel de costo compartido figura en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

### Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Hay tres formas para averiguarlo:

1. Revise la Lista de medicamentos más reciente que le hemos enviado electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan ([www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com)). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al 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](http://Caremark.com) o llame 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 existen medicamentos alternativos en la “Lista de Medicamentos” que podrían tratar la misma condición. También puede ver sus ahorros al surtir un suministro de 90 días o al utilizar el servicio de entrega 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 alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si alguna de esas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos”.

Si un medicamento seguro de menor costo funciona tan bien de acuerdo con el 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 aparecen más de una vez en la Lista de medicamentos”. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg; uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

### Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones aplican?

Las secciones siguientes le dan más información sobre 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 ese medicamento.** Comuníquese con el 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. Podemos aceptar o no dejar sin efecto la restricción en su caso. (Consulte el Capítulo 9).

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

Por lo general, un medicamento “genérico” o biosimilar intercambiable funciona tan bien como un medicamento de marca o producto biológico original y normalmente cuesta menos. En la mayoría de los casos, cuando existe 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 razón médica por la cual el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca o el producto biológico original. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable.)

#### **Obtención de una aprobación del plan por adelantado**

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. A esto se llama “**autorización previa**”. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no ser cubierto por el plan.

#### **Probar primero un medicamento diferente**

Este requisito lo motiva 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 condición médica, el plan podría solicitarle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama “**terapia escalonada**”.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

### Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede comprar 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 que desea?

---

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

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que está tomando o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar no está en nuestro formulario o está 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.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento, tal como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea mayor de lo que usted considera que debería ser.
- Existen pasos a seguir si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea. Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, consulte la Sección 5.2 para averiguar qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea mayor de lo que usted considera que debería ser, revise la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

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

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.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

### Podría obtener un suministro temporal del medicamento

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da 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 ahora debe estar restringido de alguna manera.**

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si 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 por un máximo de 30 días. 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 a largo plazo podría suministrar el medicamento en menores cantidades para evitar que se desperdicie).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días, residen en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**  
Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento específico, o menos 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 preguntas sobre un suministro temporal, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Durante el tiempo que usa un suministro temporal de un medicamento, debe 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.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

### 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 que a usted le gustaría que estuviese cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo 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 un medicamento que está tomando va a ser removido del formulario o será restringido de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del próximo año. Puede solicitar una excepción antes de que termine el año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después recibir su solicitud (o la declaración de soporte de quien le prescribe el medicamento). En caso de aprobar su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indicará qué debe hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.

<b>Sección 5.3</b>	<b>¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera muy elevado?</b>
--------------------	---

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera muy elevado, estos son los pasos que hay que seguir:

#### **Puede cambiar a otro medicamento**

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera muy elevado, hable con su proveedor. Quizás exista un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite 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.

#### **Puede solicitar una excepción**

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción con usted en el nivel de costo compartido para el medicamento y, de este modo, pagará menos por él. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indicará qué debe hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare ha establecido para asegurarse de que su solicitud se maneje de manera oportuna y justa.



## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Los medicamentos en nuestro nivel de especialidad (Nivel 5) no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el monto del costo compartido para los medicamentos de este nivel.

### 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 ocurren al inicio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la “Lista de medicamentos”. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la “Lista de medicamentos”.**
- **Cambiar un medicamento a un nivel de costo compartido superior o inferior.**
- **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 por 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 sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizaremos nuestra “Lista de medicamentos” en línea de forma regular. Abajo describimos las ocasiones en que podría recibir avisos directos si se realizan cambios a un medicamento que usted consume.

### Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **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 ambas).**
  - Podríamos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero moverlo de inmediato a un nivel de costo compartido más alto o añadir nuevas restricciones o ambos.

- 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 en que hacemos el cambio, le daremos información sobre los cambios específicos. Esto 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 o la persona que lo receta puede 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 no seguros y otros medicamentos en la “Lista de medicamentos” son retirados del mercado**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, el plan puede eliminar inmediatamente el medicamento de la “Lista de medicamentos“. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
  - Su proveedor 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, podríamos 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. Podríamos realizar cambios basados en el cuadro de advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Para estos cambios, debemos darle un aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o darle un aviso del cambio y brindarle un suministro de 30 días del medicamento que está adquiriendo de una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con el proveedor para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que está tomando.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

- Usted y su proveedor pueden solicitarnos 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 afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la “Lista de medicamentos” que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Cambiamos su medicamento a un nivel de costo compartido más elevado.
- Ponemos una nueva restricción a su uso del medicamento.
- Quitamos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

Si ocurren cualquiera de estos cambios para un medicamento que está tomando (excepto por su salida del mercado, porque un medicamento genérico reemplaza 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 estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la “Lista de medicamentos” para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

---

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

---

<b>Sección 7.1</b>	<b>Tipos de medicamentos que no cubrimos</b>
--------------------	--

Esta Sección le informa el tipo de medicamentos recetados que están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si toma medicamentos que están excluidos, debe pagar por ellos usted mismo (excepto por ciertos medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestra cobertura mejorada de medicamentos). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

Estas son tres reglas generales de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que sería cubierto por la Parte A o 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 fuera de lo indicado en la etiqueta” se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de formulario del American Hospital y el Sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos enumerados a continuación a través de nuestra cobertura de medicamentos mejorada, por la cual se le puede cobrar una prima adicional. Encontrará más información a continuación.)

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

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos (cobertura de medicamentos mejorada) recetados que no están cubiertos normalmente en un plan de medicamentos recetados del programa Medicare. Estos medicamentos excluidos cubiertos están incluidos en el Nivel 2 e

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

incluyen ciertas vitaminas con receta, medicamentos para la tos y el resfriado, y medicamentos para la disfunción eréctil. Estos medicamentos y sus límites de cantidad se encuentran enumerados en el folleto de la "Lista de Medicamentos" en la Sección titulada "Cobertura de medicamentos adicionales". El monto que paga por estos medicamentos no cuenta para calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófica se describe en la Sección 7 del Capítulo 6 de este documento.)

Además, si recibe **"Ayuda Adicional" de Medicare** para pagar sus medicamentos recetados, el programa de "Ayuda Adicional" no pagará los medicamentos que normalmente no tienen cobertura. (Consulte la "Lista de medicamentos" del plan o llame a Servicios al Miembro para obtener más información. Los números telefónicos de Servicios al Miembro se encuentran impresos en el reverso de este manual). Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa Medicaid estatal puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para determinar la cobertura de medicamentos que puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números telefónicos e información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

---

## SECCIÓN 8      Cómo surtir una receta

---

<b>Sección 8.1      Provea su información de membresía</b>
--

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que se encuentra en su tarjeta de membresía, a la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan *nuestra* parte de los costos de su medicamento. Tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo al recoger su receta.

<b>Sección 8.2      ¿Qué pasa si no lleva consigo su información de membresía?</b>
--

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 pedir 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).

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D****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 el 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 sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo?**

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de reposo) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente de un centro LTC, podrá obtener medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la farmacia que el centro utilice, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Revise su *Directorio de farmacias* para determinar si la farmacia de su centro LTC o la que el centro usa forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de rutina a través de nuestra red de farmacias de LTC.

**¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra “Lista de medicamentos” o que está restringido de alguna manera?**

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

**Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un empleador o grupo de jubilados?**

Si actualmente tiene otras coberturas de medicamentos recetados a través de su empleador (o del de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Él o ella puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con nuestro plan.

## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

En general, si actualmente tiene cobertura de empleados o de grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que recibe de nosotros será *secundaria* a la cobertura grupal. Esto significa que su cobertura colectiva pagará primero.

### **Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:**

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que indique si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es “acreditable”.

Si la cobertura del plan de grupo es “acreditable” significa que el plan cuenta con cobertura de medicamentos que se espera pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

**Conserve ese aviso sobre la cobertura acreditable**, ya que puede necesitarlo en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no ha recibido el aviso sobre la cobertura acreditable, puede solicitar una copia del administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados o del empleador o el sindicato.

<b>Sección 9.4</b>	<b>¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?</b>
--------------------	---

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, contra las náuseas, laxante, analgésico o para la ansiedad) que no están cubiertos por su hospicio porque el medicamento no está relacionado con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional 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 retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor del hospicio o a quien le provee recetas que le notifique antes de surtir su receta.

En caso de que usted anule su elección del hospicio o que sea dado de alta, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos tal como se explica en este documento. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando termine su beneficio de hospicio de Medicare, lleve su documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D****SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la manipulación de medicamentos****Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura**

Hacemos revisiones del uso de los medicamentos por 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 los siguientes:

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

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

**Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura**

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted usa medicamentos opioides que recibe de diversos médicos o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opiáceos, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides es adecuado y médicamente necesario. Después de trabajar con sus médicos, si nosotros decidimos que el uso de opioides o benzodiazepinas con receta no es seguro, es posible que restrinjamos la manera en que puede obtener estos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las restricciones pueden ser:



## Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

---

- Solicitarle que obtenga todas sus prescripciones de medicamentos opioides o con benzodiazepina de ciertas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todas sus prescripciones de medicamentos opioides o con benzodiazepina de ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o con benzodiazepina que cubrimos para usted

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le requerirá obtener las recetas de estos medicamentos solo de un médico o farmacia específicos. Usted tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere que es importante que sepamos. 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 usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la restricción, usted y el profesional que le receta tienen el derecho de presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las restricciones 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 presentar una apelación.

Usted no será asignado a un DMP si tiene determinadas condiciones médicas, como dolor por un cáncer activo o enfermedad de células falciformes, si recibe cuidados terminales, paliativos o atención al final de la vida, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se denomina Manejo de Farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para que podamos ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y que tienen altos costos de medicamentos, o que están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden recibir servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le proporcionará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante esta revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier otro problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

---

medicamentos que está tomando, cuánto toma, y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre su lista recomendada de pendientes y la lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento en el que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención médica. Además, mantenga al día y lleve consigo su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) en caso de que acuda a un hospital o a una 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 esto, contáctenos al 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**

---

**¿Actualmente recibe ayuda para pagar por sus medicamentos?**

Si es participante de un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información en esta *Evidencia de cobertura sobre los costos para los medicamentos recetados de la Parte D* no aplique a su caso.** Le enviamos un encarte separado, llamado *Cláusula de 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**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>Use este Capítulo junto a otros materiales que explican su cobertura de medicamentos</b>
--------------------	---

Este Capítulo se enfoca en lo que usted paga por los 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 cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, es necesario que conozca cuáles medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. De la Sección 1 a la 4 del Capítulo 5 se explican estas normas. Cuando utiliza la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" llamando al Servicio de Atención al Cliente.

<b>Sección 1.2</b>	<b>Tipos de costos de bolsillo que usted podría pagar por medicamentos cubiertos</b>
--------------------	--

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

- El "**deducible**" es un monto que usted paga por los medicamentos, antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- El "**copago**" es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta.

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

---

- El “**coaseguro**” es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

<b>Sección 1.3</b>	<b>Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo</b>
--------------------	---

Medicare tiene normas que determinan qué cuenta y qué no cuenta como costos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para hacer un seguimiento de sus costos de bolsillo.

---

### **Estos pagos se incluyen en sus costos de bolsillo**

**Sus costos de bolsillo pueden incluir** los pagos que se presentan 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 los 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* si fueron hechos en su nombre **por alguna otra persona u organización**. Esto incluye pagos por medicamentos hechos por un amigo o un familiar, por la mayoría de las organizaciones de caridad, por Programas de Asistencia en Medicamentos para el SIDA, por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos hechos por el Programa “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.
- Algunos pagos realizados por el Programa de Descuento para la Transición de Cobertura de Medicare están incluidos a en sus costos de bolsillo. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no está incluido el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

#### **Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:**

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) haya 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.

---

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

---

**Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo**

Sus costos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- 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 recetados cubiertos por la Parte A o parte B.
- Los pagos que realice para los medicamentos incluidos en nuestra cobertura adicional, que normalmente no están cubiertos en el Plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que haga por medicamentos recetados que no están normalmente cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare
- 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, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos que hayan realizado ciertos planes de seguro y programas médicos financiados por el gobierno, 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 hacer seguimiento del total de sus costos de bolsillo?**

- **Nosotros le ayudaremos. El informe EOB de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus costos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$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 ayudar a asegurarse de que nuestros registros sobre sus gastos 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**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros del plan Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)?</b>
--------------------	--

Existen cuatro **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO). Lo que usted paga depende de en qué etapa se encuentra cuando surte o vuelve a surtir una receta. (Los detalles de cada etapa se encuentran de la Sección 4 a la 7 de este Capítulo). Las etapas son:

**Etapas 1: Etapa de deducible anual**

**Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**

**Etapas 3: Etapa de transición de cobertura**

**Etapas 4: Etapa de cobertura catastrófica**

---

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

---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Le enviamos un resumen mensual denominado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)</b>
--------------------	--

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus recetas o las reposiciones en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle el momento en que haya pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hay dos tipos de costos en particular a los que hacemos seguimiento:

- Llevamos un control de la cantidad que ha pagado. Esto se llama **costos de bolsillo**.
- Llevamos un registro de sus **costos totales por medicamentos**. Este es el monto que paga de su bolsillo o que otros pagan por usted, más el monto pagado por el plan.

Cuando usted ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos un resumen de la EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye:

**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 surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se le denomina información "hasta la fecha". Esto 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 mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamento recetado de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de medicamentos recetados.

<b>Sección 3.2</b>	<b>Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos</b>
--------------------	---

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 cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay momentos en los que puede que pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacerle seguimiento a sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de bolsillo, entréguenos copias de los recibos. A continuación, presentamos ejemplos de cuándo debería entregarnos copias de los recibos de los medicamentos:
  - 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 a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han hecho por usted.** Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también cuentan como parte de sus



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

---

costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos hechos por un Programa Estatal de Ayuda 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 envíelos a nuestro personal para dar un seguimiento a sus costos.

- **Revise los informes escritos que le enviamos.** Cuando reciba una EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si usted considera que se omitió algo o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

---

**SECCIÓN 4 No hay ningún deducible para el plan Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).**

---

No hay ningún deducible para Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO). 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.

---

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

---

<b>Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta</b>
--

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.

**El plan tiene cinco niveles de costos compartidos**

Cada medicamento de la "Lista de medicamentos" del plan se ubica en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto sea el nivel de los costos compartidos, mayor será el costo del medicamento:

- **Nivel 1 de costo compartido: Genérico preferido**  
El Nivel 1 es el nivel más bajo y abarca los medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 2 de costo compartido: Genérico**  
El Nivel 2 abarca medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.

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

---

- **Nivel 3 de costo compartido: Marca preferida**

El Nivel 3 abarca medicamentos de marcas preferidas y medicamentos genéricos no preferidos.

Usted paga un copago de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- **Nivel 4 de costo compartido: Medicamento no preferido**

El Nivel 4 abarca medicamentos no preferidos de marca y medicamentos genéricos no preferidos.

Usted paga un copago de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

- **Nivel 5 de costo compartido: Nivel de especialidad**

El Nivel 5 es el nivel más alto. Contiene medicamentos de marca y genéricos muy costosos, que pueden requerir un manejo especial o estrecha supervisión.

Usted paga un copago de \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Para determinar en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

**Sus opciones de farmacia**

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

- En una farmacia minorista de la red
- En una farmacia que no está en la red del plan. Nosotros cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- Una farmacia de pedidos por correo del plan

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

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

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

Como se muestra en la tabla a continuación, el monto del copago o el coaseguro depende del nivel de costo compartido.

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

A veces, el costo del medicamento es menor a su copago. En estos casos, usted paga el precio menor del medicamento en vez del copago.

**Su costo compartido cuando recibe *un mes* de suministro de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:**

	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b> (un suministro de hasta 30 días)	<b>Costo compartido de pedidos por correo</b> (un suministro de hasta 30 días)	<b>Costo compartido para cuidados de largo plazo (LTC)</b> (un suministro de hasta 31 días)	<b>Costo compartido fuera de la red</b> (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (suministro de hasta 30 días)
<b>Nivel</b>				
<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (Genérico)	\$10	\$10	\$10	\$10
<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (Marca preferida)	\$40	\$40	\$40	\$40
<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (Medicamento no preferido)	\$90	\$90	\$90	\$90
<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (Nivel de especialidad)	33 % del costo total	33 % del costo total	33 % del costo total	33 % del costo total

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

Consulte la Sección 8 de este Capítulo para más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D para 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 ocasiones en las que usted o su médico deseen tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, menos del suministro de un mes de sus medicamentos si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes recetas.

Si recibe un suministro por menos de un mes de determinados medicamentos, no tendrá que pagar el suministro del mes completo.

- 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 menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable del copago de su medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un 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 el medicamento.

**Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos para el suministro a largo plazo (90 o 100 días) de un medicamento**

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido"). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días para los medicamentos del Nivel 1 y un suministro de 90 días para los medicamentos del Nivel 2 - Nivel 4.

La siguiente tabla muestra lo que paga cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento.

- A veces, el costo del medicamento es menor a su copago. En estos casos, usted paga el precio menor del medicamento en vez del copago.

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

**Su parte del costo cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:**

<b>Nivel</b>	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b> (suministro para 90 o 100 días)*	<b>Costo compartido de pedidos por correo</b> (suministro para 90 o 100 días)*
<b>Nivel 1 de costo compartido</b> (Genérico preferido)	\$0	\$0
<b>Nivel 2 de costo compartido</b> (Genérico)	\$20	\$20
<b>Nivel 3 de costo compartido</b> (Marca preferida)	\$120	\$80
<b>Nivel 4 de costo compartido</b> (Medicamento no preferido)	\$270	\$180
<b>Nivel 5 de costo compartido</b> (Nivel de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5.

\*Un suministro a largo plazo es de hasta 100 días para el nivel 1 y de 90 días para los Niveles 2-4.

Usted no pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido.

<b>Sección 5.5</b>	<b>Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales por medicamentos del año alcancen los \$5,030</b>
--------------------	--

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

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que no están cubiertos normalmente en un plan de medicamentos recetados del programa Medicare. Los pagos por estos medicamentos no contarán para su límite de cobertura inicial o para el total de sus costos de bolsillo.

La EOB de la Parte D que recibe le ayudará a llevar un registro de la cantidad que usted y el plan y cualquier tercero han gastado en su nombre por sus medicamentos a lo largo del año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$5,030 en un año.

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

---

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 sobre cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo.

---

**SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de transición de cobertura**

---

Cuando usted está en la Etapa de transición de cobertura, el Programa de Descuento para la Transición de Cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante para 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 el descuento otorgado por el fabricante contarán para el cálculo de sus costos de bolsillo, tal y como si usted los hubiera pagado, y usted avanza en la 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 el monto que usted paga cuenta 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 este monto (\$8,000), usted abandona la Etapa de transición de cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas 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 para los productos de insulina cubiertos de la Parte D ni para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluida la culebrilla, tétano y las vacunas necesarias para viajar.

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

Consulte la Sección 8 de este Capítulo para más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D para vacunas de la Parte D.

---

**SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

---

Usted ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcanzan el límite de \$8,000 en 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 el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.

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

---

- Para los medicamentos excluidos cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado, usted paga \$10 por su suministro mensual.

---

**SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las reciba**

---

**Un mensaje importante sobre lo que usted paga por sus 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. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Consulte la “Lista de medicamentos” de su plan o comuníquese con Servicios al Miembro para más detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **la aplicación de la vacuna**. (Esto en ocasiones se denomina la “aplicación” de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

1. **Si una organización llamada “Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)” recomienda la vacuna para adultos.**
  - El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D y éstas no tienen ningún costo.
2. **Dónde recibe la vacuna.**
  - a. La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
3. **Quién le aplica la vacuna.**
  - Un farmacéutico u otro proveedor pueden aplicar la vacuna en la farmacia. Como alternativa, un proveedor puede aplicar la vacuna en el consultorio médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de qué **etapa de pago de medicamentos** se encuentra.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor por administrarle la vacuna. 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 usted recibirá un reembolso del costo total que pagó.

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

---

- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo pagará su parte del costo en base a su beneficio de la Parte D. Usted no paga nada por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

A continuación, presentamos tres ejemplos comunes en los que usted podría obtener una vacuna de la Parte D.

*Situación 1:* Usted recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Que usted tenga esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no les permiten a las farmacias aplicar vacunas).

- Usted no paga nada por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coaseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de aplicarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

*Situación 2:* Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor por aplicársela.
- Puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted recibirá un reembolso de la cantidad total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos su coaseguro o copago por la vacuna (esto incluye la aplicación)

*Situación 3:* Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red, luego la lleva al consultorio de su médico para que se la apliquen.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la parte D, usted no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coaseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, usted puede tener que pagar el costo completo por este servicio.
- Puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted recibirá un reembolso de la cantidad total que pagó. Para otras vacunas



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

---

de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos el coaseguro por la aplicación de la vacuna.

# CAPÍTULO 7:

Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.

## **CAPÍTULO 7. Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.**

---

### **SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos**

---

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, quizás se entere que ha pagado más de lo que esperaba bajo las normas de cobertura del plan. O puede recibir la factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero (esto también se llama a menudo “reembolso”). Tiene derecho a recibir un reembolso por parte de nuestro plan cuando haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este Capítulo.

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 un monto mayor a su parte del costo compartido, tal como se explica en el documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso 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, le notificaremos al proveedor. Jamás debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor es contratado, aún tiene derecho al tratamiento.

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

#### **1. Cuando usted ha recibido atención médica por parte de un proveedor que no está en la red de nuestro plan**

Cuando usted haya recibido asistencia médica de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted solo es responsable de su parte del costo. (Su parte del costo puede ser mayor si se trata de un proveedor que no está en la red en lugar de uno que sí lo está). Solicite al proveedor que facture al plan por nuestra parte del costo.

- Si paga el monto total al momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que usted haya realizado.
- Puede recibir una factura de parte del proveedor que usted cree que no adeuda. 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 ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto le debemos y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

## **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 lo siguiente: Si recibe atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo la atención de emergencia, no podemos pagar un proveedor que no es elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de su parte del costo.

- Solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, es decir, que emitan una “facturación del saldo”. Esta protección (que usted nunca pague más de su monto de costo compartido) aplica aun si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que usted reciba de un proveedor de la red una factura que supere lo que usted considera que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero siente que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y la cantidad que debía pagar 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 y facturas, para que procesemos el reembolso.

### **4. Cuando usa una farmacia que está fuera de la red para surtir una receta**

Si acude a una farmacia fuera de la red, la farmacia no podrá enviarnos la reclamación directamente a nosotros. Cuando eso ocurra, usted tendrá que pagar el costo total de su medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso por nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en determinadas circunstancias. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para una explicación de estas circunstancias.

## **CAPÍTULO 7. Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.**

---

### **5. Cuando paga el costo total de su medicamento recetado 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 del medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso por nuestra parte del costo.

### **6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones**

Podría pagar el costo total de un medicamento recetado si por alguna razón el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la “Lista de medicamentos” del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que piensa que no debería aplicar a su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, tal vez tenga que pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico con el fin de reembolsarle la parte que nos corresponde del costo.

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

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este manual (*¿Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*) contiene información sobre cómo presentar una apelación.

---

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

---

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, le enviaremos una factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable hacer copias de sus facturas y recibos para sus archivos. **Debe presentarnos su reclamación 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 reclamaciones para realizar su solicitud de pago.

## **CAPÍTULO 7. Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.**

---

- 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](http://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 pago 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  
C/o CVS/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**

---

<b>Sección 3.1 Revisamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y el monto que adeudamos</b>
---

Cuando recibamos su solicitud de pago, le indicaremos 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 están cubiertos y usted ha seguido las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó 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 si usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le mandaremos una carta explicando las razones por las cuales no le estamos enviando el pago que ha solicitado y sus derechos para apelar esa decisión.

**CAPÍTULO 7. Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.**

---

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación significa que nos está solicitando cambiar la decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo apelar, 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**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>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.).</b>
--------------------	--

Se requiere que su plan garantice que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con distintos antecedentes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de intérprete disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a 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 sea conveniente para usted, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Nuestro plan tiene la obligación de brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido 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 obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro 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 Premier (PPO) al 1-877-293-5325. 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 TTY 1-800-537-7697.

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

<b>Sección 1.1</b>	<b>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.)</b>
--------------------	---

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 ante Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) al 1-877-293-5325. 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 TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir un proveedor en la red del plan. También tiene derecho a ir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión y aun así pagar el monto del costo compartido dentro de la red.

Tiene derecho a concretar citas y a recibir servicios cubiertos de sus proveedores *dentro de un período razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de parte de

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

especialistas cuando los necesite. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquier farmacia de nuestra red sin grandes demoras.

Si considera que no está recibiendo su atención médica o sus medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, consulte el Capítulo 9 para saber qué hacer.

<b>Sección 1.3</b>	<b>Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud</b>
--------------------	---

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

- Su información personal de salud incluye la información personal que usted nos proporcionó cuando se inscribió en el plan, así como también sus registros médicos y cualquier otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y con el control de la manera en que se usa su información de salud. Nosotros le entregamos una nota escrita llamada “**Aviso de prácticas de privacidad**”, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

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

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a una persona que no le está brindando ni pagando su atención, *antes de hacerlo, debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Existen algunas excepciones que no requieren de su permiso previo por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.
  - Estamos obligados a revelar información de salud a las agencias del gobierno que estén revisando la calidad del 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 revela su información para investigación u otros usos, se realizará de acuerdo con leyes y reglamentos federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifique de manera única.

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

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

Tiene derecho a ver sus registros médicos en el plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados para cobrarle una tarifa por realizar las copias. También tiene derecho a solicitarnos hacer adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si usted realiza esa solicitud, consultaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo ha sido compartida su información de salud para cualquier propósito que no sea de rutina.

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](http://www.hopkinsmedicare.com/privacy-practices).

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

*Fecha de entrada en vigor: 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:

## Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

---

**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 reclamaciones 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 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; reclamaciones, 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](http://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,

## Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

---

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. 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

## Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

---

- 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.

**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 las 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 cuestiones relacionadas con la salud en general o del plan de salud, como recordatorios de reposición 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

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

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 a una dirección errónea o 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 los 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 reclamaciones 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.

**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 reclamaciones 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 reclamaciones 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 nuestro criterio.

**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



**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

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 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:

**Plan Administration**

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](mailto: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.

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

**Johns Hopkins Privacy Office**

733 N. Broadway, MRB, Suite 102B

Baltimore, MD 21205

Teléfono: 410-614-9900

Fax: 443-529-1548

Correo electrónico: [hipaa@jhmi.edu](mailto: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](https://hopkinsmedicine.org/patientprivacy)

**Planes que seguirán este Aviso:**

- Johns Hopkins Advantage MD (PPO)
- Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO)
- 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](https://hopkinsmedicine.org/patientprivacy). Además, puede solicitar una copia del Aviso actualmente vigente en cualquier momento.

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

**Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos**

Como miembro de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO), 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.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las certificaciones 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 reglas que debe seguir al momento de usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proveen 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 provee información sobre cómo solicitar una explicación por escrito respecto de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene una restricción. El Capítulo 9 también provee información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada 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 atención médica**

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *en una manera que usted pueda entender*.

También tiene derecho a participar completamente en las decisiones acerca de su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre cuál tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** 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 programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a gestionar los fármacos y hacer uso de sus medicamentos de manera segura.

## Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

---

- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe acerca de los riesgos involucrados en su cuidado. Debe ser notificado con anticipación si alguna propuesta de atención o tratamiento médicos 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, aún 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 de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

### Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacer en caso de que no pueda tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas no tienen la capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismas 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 para 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 **“instrucciones anticipadas”**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres con que se les conoce. Los documentos llamados **“testamento en vida”** y **“poder legal para atención médica”** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea usar una **“instrucción anticipada”** para dar sus indicaciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de una directiva anticipada de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de artículos de oficina. Algunas veces puede obtener formularios de instrucciones anticipadas por parte de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar los formularios.
- **Llénelo y firmelo.** Sin importar dónde haya obtenido el formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Considere pedir 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 quien tomará las decisiones en su lugar si usted no puede hacerlo. Le recomendamos darle copias a sus familiares o amigos cercanos. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con antelación que va a ser hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve consigo una copia al hospital.**

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

- En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucción anticipada y si lo trajo consigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucción anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucción anticipada** (incluso si desea firmarlo cuando esté en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención o discriminarle por haber firmado o no una instrucción anticipada.

**¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?**

Si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y cree que el médico o el hospital no siguió las instrucciones expuestas, podrá presentar una queja ante el Fiscal del estado.

<b>Sección 1.6</b>	<b>Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que volvamos a considerar las decisiones que hayamos tomado</b>
--------------------	--

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica qué hacer. Cualquiera que sea la opción que elija (solicitar una decisión de cobertura, apelar o presentar una queja), **es nuestra obligación tratarlo de manera justa.**

<b>Sección 1.7</b>	<b>¿Qué puede hacer si considera que está siendo tratado de manera injusta o que no se están respetando sus derechos?</b>
--------------------	---

**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.

**¿Tiene que ver con otra cosa?**

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 **llamar al Servicio de Atención al Cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, vaya a la Sección 3, del Capítulo 2.
- 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 **llamar al Servicio de Atención al Cliente.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, vaya a la Sección 3, del Capítulo 2.
- Puede contactar a **Medicare.**
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación se encuentra disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://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 encuentran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de Atención al Cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta Evidencia de cobertura para conocer lo que está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para que se cubran sus servicios.
  - Los Capítulos 3 y 4 le ofrecen detalles sobre sus servicios médicos.
  - En los Capítulos 5 y 6, se ofrecen detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si posee otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, está obligado a informarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de 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 cuando obtenga su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a asistirle al suministrarles información, hacerles preguntas y hacer seguimiento a la atención médica que recibe.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, dígalos a sus médicos y a los otros proveedores sobre sus problemas de salud. Siga los planes de 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.

**Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**

---

- Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y de obtener respuestas que comprenda.
- **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 por estos pagos:
  - Debe pagar las primas de su plan.
  - Debe continuar pagando sus primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando los obtiene.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
  - Si debe pagar un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagarlo directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo**, 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 lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

# CAPÍTULO 9:

*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*



## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

### SECCIÓN 1 Introducción

---

#### Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una queja

Este Capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**; también llamadas reclamos.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que debemos seguir, tanto usted como nosotros.

La guía que se encuentra en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y qué debe hacer.

#### Sección 1.2 Con respecto a los términos legales.

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este Capítulo. Muchos de estos términos no le resultan familiares a la mayoría de la gente y pueden ser difíciles de comprender. Para facilitar las cosas, este Capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este Capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación a riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se usan abreviaciones lo menos 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 ayudarlo a conocer cuáles términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

### SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

---

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre cómo lo tratamos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe

## **Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**

---

intentar comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que desee obtener ayuda o asesoramiento de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, hay dos entidades que pueden ayudarlo.

### **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)**

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores entrenados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a entender cuál 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 del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

### **Medicare**

También puede contactar a Medicare para obtener ayuda. Para contactar a Medicare:

- Puede llamar 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.
- También puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

---

## **SECCIÓN 3      ¿Qué procesos debe llevar a cabo para solucionar su problema?**

---

Si tiene un problema o inquietud, lo único que tiene que hacer es leer las partes de este Capítulo que aplican para su situación. La siguiente guía le ayudará.

### **¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?**

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos recetados de la parte B) está cubierta o no, la manera en que aplica la

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**

---

cobertura y los problemas relacionados con el pago de servicios médicos o medicamentos recetados.

**Sí.**

Consulte la siguiente Sección de este Capítulo, **Sección 4, “Una guía sobre la información básica de las decisiones de cobertura y apelaciones”**.

**No.**

Diríjase directamente a la **Sección 10** 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”**.

---

**DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**

---

**SECCIÓN 4 Una guía sobre la información básica de las decisiones de cobertura y apelaciones**

---

**Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: información general**

Las decisiones y las apelaciones de cobertura tratan problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura para atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar las cosas, por lo general cuando hablamos de **atención médica** nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. Usted utiliza las decisiones de cobertura para problemas tales como si algo está cubierto o no y el modo en que algo se cubre.

**Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir 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 su médico de la red del plan lo refiere a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera como una decisión de cobertura favorable, a no ser que su médico de la red pueda mostrar que usted recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico, o que la Evidencia de cobertura deje claro que el servicio referido no está 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 se rehúsa a proporcionarle una atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique el motivo de rechazo de la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomaremos una decisión de cobertura siempre que decidamos qué está cubierto y cuánto pagaremos. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio médico no está cubierto o si Medicare ya no lo cubre en su caso. Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

### Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibido el beneficio y usted no está satisfecho, 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** de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan analistas diferentes a quienes tomaron la decisión inicial.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se le 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, se rechazará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos de forma total o parcial su apelación de Nivel 1 para atención médica, su caso pasará de forma automática a una apelación de Nivel 2, que se llevará a cabo por una organización de revisión independiente que no guarda conexión con nosotros.

- No necesita hacer nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este Capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- En el caso de apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 6 de este Capítulo.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

Si no queda satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, usted puede seguir con niveles adicionales de apelación. (La Sección 9 de este Capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

<b>Sección 4.2</b>	<b>Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación</b>
--------------------	--

Aquí presentamos recursos si decide solicitarnos cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos 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 ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el formulario de *Designación de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com)).

  - Para la atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, será automáticamente enviada 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 se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o quien le receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede autorizar a alguien para que actúe en su nombre.** Si 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 un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com)). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea designar como su representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - 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),

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

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 del Colegio de Abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le darán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no tiene que contratar un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

<b>Sección 4.3</b>	<b>¿Qué Sección de este Capítulo proporciona detalles para su situación?</b>
--------------------	--

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene normas y fechas límites diferentes, damos los detalles para cada una de ellas en una Sección aparte:

- **Sección 5** de este Capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** de este Capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este Capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura para una mayor permanencia en el hospital si cree que su médico le dio el alta demasiado pronto
- **Sección 8** de este Capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto (*Se aplica solo a los siguientes servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria [CORF])

Si no está seguro de qué Sección debería consultar, llame al Servicio de Atención al Cliente. También puede recibir ayuda o información de organizaciones gubernamentales, tales como el SHIP.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**

---

**SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Esta Sección le indica qué hacer si tiene problemas con el acceso a la cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica</b>
--------------------	---

Esta Sección habla sobre sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que tiene que pagar)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué difieren las normas de los medicamentos recetados de la Parte B de las normas de servicios y artículos 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 dicha atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de salud quiere darle y usted considera que dicha atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera que está cubierta por el plan, pero nos hemos negado a pagarla. **Presente una apelación. Sección 5.3**
4. Recibió y pagó por atención médica que usted considera que el plan debió cubrir y usted desea solicitarle a nuestro plan que le reembolse por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
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. **Presente una apelación. Sección 5.3**

**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 integral de rehabilitación ambulatoria (CORF), necesita leer las secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales para este tipo de atención.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)****Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura****Términos legales**

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se llama **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida también se denomina **determinación acelerada**.

**Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.**

Generalmente, una decisión de cobertura estándar se toma en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una decisión de cobertura rápida se toma en un plazo de 72 horas para los servicios médicos o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Usted *solo puede solicitar* cobertura para artículos médicos o servicios (no para solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- *Solo* puede recibir una decisión de cobertura rápida si el uso de los plazos estándar podría *afectar gravemente su salud o alterar su capacidad de funcionar de forma normal*.
- **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 decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que establece lo siguiente:
  - Explica que usaremos los plazos estándar.
  - Explica que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - Explica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de darle la decisión de cobertura rápida que usted solicitó.

**Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.**

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que brindemos la cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 tiene información de contacto.



## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

### **Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le notificamos nuestra respuesta.**

*Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos plazos estándar.*

Esto significa que le daremos respuesta dentro de **14 días calendario** después de recibir su solicitud de un **artículo o servicio médico**. Si su solicitud es de un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le responderemos en el **plazo de las 72 horas** posteriores a recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es por 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* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este Capítulo para obtener información sobre las quejas).

*Para las decisiones de cobertura rápida, usamos plazos acelerados.*

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en menos de **72 horas** en el caso de que su solicitud sea de un **artículo o servicio médico**. Si su solicitud es de un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le responderemos en el **plazo de 24 horas**.

- **Sin embargo**, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si no 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* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este Capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto tomemos la decisión.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión.

### **Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede apelar.**

- Si nos negamos, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión a través de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente 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 y quejas)****Sección 5.3 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”**.

Una apelación rápida también se denomina **“reconsideración acelerada”**.

**Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.**

Por lo general, una **“apelación estándar”** se realiza en un plazo de 30 días o de 7 días para medicamentos de la Parte B. Por lo general, una **apelación rápida** se toma en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidados que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que el estado de su 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 5.2 de este Capítulo.

**Paso 2: Solicite al plan una apelación o una apelación rápida**

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe solicitar una apelación dentro de 60 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación se atrasó cuando presente su apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para apelar. Ejemplos de una buena causa incluyen una enfermedad grave que no le permitió contactarnos o que le hayamos informado de forma incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información respecto a su decisión médica.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

### **Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.**

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, evalúa cuidadosamente toda la información. Corroboramos que hayamos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recolectaremos más información si la necesitamos poniéndonos en contacto con usted o su médico.

#### *Plazos para una apelación rápida*

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas 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 por 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.
  - 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 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos total o parcialmente su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos aceptado proporcionar en el transcurso de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos total o parcialmente su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba la 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 de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra 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 por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es de un

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podremos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.

- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a la misma dentro de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este Capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta en el plazo mencionado (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos total o parcialmente su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o en un plazo de **7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza total o parcialmente su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

### Sección 5.4 Paso a paso: ¿Cómo se hace 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 (Independent Review Entity)**.

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 si 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 de solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene el derecho de darle información adicional a la organización de revisión independiente para apoyar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

### *Si usted realizó una apelación rápida en el Nivel 1, también la tendrá 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 siguientes a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por 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**. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar la decisión.

### *Si usted realizó una apelación “estándar” en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2*

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 30 días calendario** a partir de la recepción 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** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por 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**. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar la decisión.

### **Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.**

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará las razones.

- **Si la organización de revisión acepta total o parcialmente la solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura para atención médica en el transcurso de 72 horas o prestar el servicio en el transcurso de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión en el caso de solicitudes estándar. En el caso de solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta total o parcialmente la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en el transcurso de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión en el caso de **solicitudes estándar**. En el caso de **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza de forma total o parcial su apelación**, significa que coinciden con nosotros en que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (A esto se le llama “sostener la decisión o rechazar

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- Explicará su decisión.
- Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. En la notificación escrita que recibe de la organización de revisión independiente se le informará el valor monetario necesario para continuar con el proceso de apelaciones.
- Le informará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

### **Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted puede optar por continuar con su apelación.**

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles). Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los 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. En la Sección 9 de este Capítulo, se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

<b>Sección 5.5</b>	<b>¿Qué sucede si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?</b>
--------------------	---

En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También se indica cómo enviarnos los documentos para solicitar un pago.

### **La solicitud de un reembolso es una solicitud de decisión de cobertura de nuestra parte.**

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, corroboraremos que la atención médica por la cual pagó corresponde a un servicio cubierto. También corroboraremos si siguió 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 de nuestra parte del costo dentro de 60 días calendario de recibir su solicitud. 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 cambio, le enviaremos una carta que indica que no pagaremos por la atención médica y que detalla las razones que justifican la decisión.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **podrá 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 realizar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 5.3.** Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta dentro de 60 días calendario luego de recibir su apelación. Si nos solicita el reembolso de una atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su 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 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>Esta Sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si desea que realicemos un reembolso por un medicamento de la Parte D</b>
--------------------	--

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para recibir cobertura, el medicamento debe usarse por una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta Sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, por lo general en el resto de la Sección decimos “*medicamento*” en lugar de repetir “*medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios*” o “*medicamento de la Parte D*” cada vez que los mencionamos. También usamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “*Lista de medicamentos cubiertos*” o “*Formulario*”.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlos.
- Si su farmacia le indica que su receta no puede ser surtida como está escrita, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito explicando cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**

---

**Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D****Término legal**

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina "**determinación de cobertura**".

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta Sección se explica qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicita que anulemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como los límites sobre la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicita pagar un costo compartido menor de un medicamento cubierto que está en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicita la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- El pago de un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 6.4**

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.



**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)****Sección 6.2 ¿Qué constituye una excepción?****Términos legales**

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está incluido en la “Lista de medicamento” en ocasiones se denomina solicitar una **“excepción del formulario”**.

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento en ocasiones se denomina solicitar una **“excepción del formulario”**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto en ocasiones se denomina solicitar una **“excepción de nivel”**.

Si un medicamento no se encuentra cubierto de la manera que a usted le gustaría, puede solicitarnos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de una excepción, su médico u otra persona que le recete medicamentos tendrá que explicar las razones por las cuales necesita que se apruebe la excepción. Aquí tenemos tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona que le recete medicamentos pueden solicitarnos:

- 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”, usted tendrá que pagar el monto de costo compartido que aplique a los medicamentos en el Nivel 4 (medicamentos no preferidos) para medicamentos de marca o de Nivel 2 (genéricos) para medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción del monto de costo compartido que requerimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra “Lista de medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicarle una restricción, puede solicitar una excepción al monto de copago y coaseguro que requerimos que pague por el medicamento.
- 3. Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, mientras más bajo sea el nivel de costo compartido, menos deberá pagar como su parte del costo del medicamento.
  - Si nuestra “Lista de medicamentos” contiene uno o más medicamentos alternativos para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos al monto de costo compartido más bajo. En ese caso, sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su condición.
- No puede solicitarnos un cambio en el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 (especializados).
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, usted generalmente pagará el monto más bajo.

### Sección 6.3 Cosas importantes a saber sobre la solicitud de excepciones

#### Su médico debe indicarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que le receta medicamentos debe darnos una declaración donde explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información de su médico u otro profesional que le receta medicamentos 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 fuese tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* le aprobaremos su petición de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general no aprobaremos su solicitud, a menos que todos los medicamentos alternativos que están en los niveles de costos compartidos más bajos no funcionen tan bien para usted o es probable que causen una reacción adversa u otro daño.

#### Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aceptamos su solicitud para que realicemos una excepción, normalmente nuestra aprobación 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 pedir otra revisión presentando una apelación.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)****Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción****Término legal**

A una decisión de cobertura rápida se le llama **determinación de cobertura acelerada**.

**Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.**

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de las **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

***Si su salud lo requiere, solicítenos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:***

- Solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida que solicite el reembolso por un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándar podría causar daños graves a su salud o dañar su capacidad de trabajo.
- **Si su médico u otro profesional que expide la receta le comunica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo del médico o profesional que le recete medicamentos, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que establece lo siguiente:
  - Explica que usaremos los plazos estándar.
  - Explica que, si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
  - Le informa cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en vez de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas de su recepción.

**Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.**

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que brindemos la cobertura para la atención médica que desea. Usted también puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluyendo una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud para la determinación de cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

tiene información de contacto. También puede enviar una determinación de cobertura electrónicamente en nuestro sitio web. Visite [www.hopkinsmedicare.com](http://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, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que 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 le indica cómo puede darle un permiso escrito a otra persona para que sea su representante.

- **Si solicita una excepción, debe proporcionar la declaración de respaldo**, que son los fundamentos médicos para la excepción. Su médico o quien le recete medicamentos puede enviarnos dicho informe por fax o por correo. O pueden informarnos vía telefónica y luego enviarnos por fax o correo una declaración por escrito si es necesario.

### **Paso 3: Consideramos su solicitud y le notificamos nuestra respuesta.**

#### *Plazos para una decisión de cobertura rápida*

- Por lo general, debemos darle una respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si aceptamos de forma total o parcial su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud o del informe médico que la respalda.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

#### *Plazos para una decisión de cobertura estándar”sobre un medicamento que aún no ha recibido*

- Por lo general, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

- Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si aceptamos de forma total o parcial su solicitud, 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 de forma total o parcial su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

### *Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre medicamentos que ya compró*

- Debemos darle una respuesta **dentro de 14 días calendario** luego de recibir su petición.
  - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si aceptamos total o parcialmente su solicitud,** también estamos obligados a pagarle en el transcurso de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud,** 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, puede presentar una apelación.**

- Si nos negamos, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión a través de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 6.5</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1</b>
--------------------	---

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina <b>redeterminación</b> .
--

La apelación rápida también se denomina <b>redeterminación acelerada</b> .
--

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

### **Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.**

*Por lo general, una apelación estándar se toma en un plazo de 7 días. Por lo general, una apelación rápida se toma en un plazo de 72 horas. Si su condición 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 u otro profesional que le recete medicamentos tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- 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, médico u otro profesional que recete deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1.** Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, presente una solicitud por escrito o llámenos al 1-877-293-5325.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, inclusive solicitudes presentadas en el Formulario modelo de solicitud para la determinación de cobertura de los CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- También puede enviar una solicitud de apelación o redeterminación electrónicamente en nuestro sitio web. Visite [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com) y haga clic en “For Members”. La información que envíe se envía a una ubicación segura.
- **Debe solicitar una apelación dentro de 60 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación se atrasó cuando presente su apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para apelar. Ejemplos de una buena causa incluyen una enfermedad grave que no le permitió contactarnos o que le hayamos informado de forma incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

### **Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.**

- Cuando revisamos su apelación, evaluamos cuidadosamente toda la información sobre su petición de cobertura. Corroboramos que hayamos seguido todas las normas cuando

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico, u otro profesional que le recete medicamentos, para obtener más información.

### *Plazos para una apelación rápida*

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de 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 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de forma total o parcial para su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión y cómo puede apelarla.

### *Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido*

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de 7 días calendario** luego de recibir su apelación. Le daremos una respuesta antes si no ha recibido los medicamentos todavía y su estado de salud lo requiere.
  - Si no le damos una decisión en 7 días calendario, debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de forma total o parcial su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión y cómo puede apelarla.

### *Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró*

- Debemos darle una respuesta **dentro de 14 días calendario** luego de recibir su petición.
  - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si aceptamos total o parcialmente su solicitud**, también estamos obligados a pagarle en el transcurso de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, 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 y 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 6.6 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 (Independent Review Entity)**.

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 si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

**Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que le recete medicamentos) debe contactar a la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.**

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la nota escrita que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le dirán quién puede presentar una apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo contactar a la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o si tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de en riesgo según nuestro programa de gestión de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación 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 de solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene el derecho de darle información adicional a la organización de revisión independiente para apoyar su apelación.



## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

### **Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.**

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

#### *Plazos para una apelación rápida*

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización está de acuerdo con darle una “apelación rápida”, debe darle respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después 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 **en un plazo de 7 días calendario** desde la recepción de su apelación en caso de que sea por un medicamento que aún no ha recibido. 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 las apelaciones rápidas:*

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, debemos facilitar la cobertura del medicamento que fue aprobado por la organización **dentro de las 24 horas** luego de recibir la decisión de la revisión.

#### *Para las apelaciones estándar:*

- **Si la organización de revisión independiente acepta en forma total o parcial su solicitud de cobertura**, debemos **brindarle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión por parte de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba de manera total o parcial una solicitud de reembolsarle un medicamento que ya compró**, estamos obligados a **enviarle el pago en el transcurso de 30 días calendario** después de que hayamos recibido la decisión de la organización de revisión.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

### ¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **de forma total o parcial su apelación**, significa que coinciden con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (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 en la que:

- Explicará su decisión.
- Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza cierto mínimo. Si 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.
- Le informará el valor monetario que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

### **Paso 4:** Si su caso cumple los requisitos, usted puede optar por continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles).
- Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, 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 9 de este Capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

## **SECCIÓN 7      Cómo solicitarnos cubrir una mayor permanencia en el hospital si cree que su médico le da el alta demasiado pronto**

---

Cuando ingresa a un hospital, tiene el derecho de recibir todos sus servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que sea dado de alta. Ayudarán a programar los cuidados que podría necesitar después de salir del hospital.

- El día que deja el hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que está siendo dado de alta demasiado pronto, puede solicitar una estadía mayor en el hospital y su solicitud será considerada.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)****Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito en el que Medicare le explica sus derechos**

Dentro de los dos días de que ingrese en el hospital, se le entregará una notificación por escrito llamada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que cuenten con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. 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 tiene dudas.** Le informa sobre lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo ordene su médico. Su derecho a conocer dichos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión que tenga que ver con su hospitalización.
- Dónde notificar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Es una manera formal y legal de solicitar una demora en su fecha de alta, para que cubramos su atención hospitalaria durante un período de tiempo más largo.

**2. Se le pedirá firmar el aviso escrito 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.
- La firma del aviso indica *únicamente* que recibió la información acerca de sus derechos. Este aviso no le informa su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

**3. Quédesse con una copia** de su notificación a la mano para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o notificar alguna preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la 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 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. También puede consultar el aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)****Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Si desea solicitar que sus servicios de hospitalización sean cubiertos por nosotros por un tiempo mayor, deberá usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame al Servicio de Atención al Cliente. También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación.** Corroborar si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga para que comprueben la calidad del cuidado de los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. Esto incluye revisar las fechas de alta de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

**Paso 1: Contacte a la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Usted debe actuar rápidamente.**

*¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- El aviso por escrito (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, la dirección y los números telefónicos de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

***Actúe rápidamente:***

- Para realizar su apelación, debe contactar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **no más tarde de la medianoche del día de su alta.**
  - **Si cumple con este plazo,** usted puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera obtener la decisión por parte de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
  - **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *usted puede tener que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, y aun así desea presentar una apelación, usted debe presentar una apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día siguiente a que nos contactemos, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso indica su fecha de alta planificada y explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) ser dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra 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 de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede leer una copia del aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

### **Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

- Los profesionales de la salud de la Organización de 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.
- Los analistas 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 después de que los revisores nos informaron sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte en cual se indica su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) ser dado de alta en esa fecha.

### **Paso 3: Un día después de tener toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.**

#### *¿Qué ocurre si la respuesta es afirmativa?*

- Si la organización de revisión la *acepta*, **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, puede haber límites a sus servicios de hospitalización cubiertos.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

### ¿Qué ocurre si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión la *rechaza*, están diciendo que su fecha planificada de alta es médicamente adecuada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado cesará** al mediodía del día *siguiente* al que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta sobre su apelación.
- Si la organización de revisión *deniega* su apelación y usted decide seguir hospitalizado, entonces **podría tener que pagar el costo total** de los servicios hospitalarios que reciba luego del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le haya dado respuesta a su apelación.

### **Paso 4:** Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si la Organización de 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.

<b>Sección 7.3</b>	<b>Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital</b>
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización de 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:** Comuníquese de nuevo con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después del día en que la Organización de 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 de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los analistas de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

**Paso 3:** Dentro de 14 días calendario de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los analistas tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

*En el caso de que la organización de revisión acepte:*

- **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 de Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que existan limitaciones de cobertura.

*En el caso de que la organización de revisión no acepte:*

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- La notificación que usted reciba le informará por escrito qué 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 desea continuar con la apelación de Nivel 3, 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 9 de este Capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 7.4</b>	<b>¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	--

<b>Término legal</b>
----------------------

Una revisión rápida o (apelación rápida) también se conoce como una <b>apelación acelerada</b> .
--

**En ese caso, puede apelar ante nosotros.**

Como se explicó más arriba, debe actuar rápidamente para comenzar su apelación de Nivel 1 respecto de su alta hospitalaria. Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, existe otro modo de presentar su apelación.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

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 solicite 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 estándar. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

#### **Paso 2: Realizamos una revisión rápida de su fecha de alta planificada, verificando si fue médicamente apropiada.**

- Durante esta revisión, examinamos toda la información relacionada con su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Comprobamos si la decisión acerca de cuándo usted debe dejar el hospital fue justa y siguió todas las normas.

#### **Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas de su solicitud de una revisión rápida.**

- **Si aceptamos su apelación,** quiere decir que hemos acordado con usted que todavía necesita permanecer en el hospital después de su fecha de alta. Continuaremos brindando sus servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que 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 <b>Entidad de Revisión Independiente</b> . En ocasiones se le llama <b>IRE (Independent Review Entity)</b> .



## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

**La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

### **Paso 1: Pasaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.**

- Estamos obligados a enviar la información para 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 10 de este Capítulo le explica cómo presentar una queja).

### **Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los analistas le darán una respuesta dentro de 72 horas.**

- Los revisores 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 nuestra parte de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha de 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 podríamos reembolsar o por cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programadas del hospital era médicamente apropiada.
  - El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

### **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 revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide entre aceptar la decisión o avanzar hacia la apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este Capítulo le 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 y quejas)****SECCIÓN 8      Cómo solicitarnos la continuación de la cobertura de ciertos servicios médicos si considera que la cobertura dura muy poco**

**Sección 8.1      Esta Sección trata solo sobre tres servicios: atención médica en el hogar, atención en centro de enfermería especializada y servicios en Centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF).**

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro ambulatorio de rehabilitación integral)**, tiene derecho a continuar recibiendo cobertura de sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Se nos requiere que le comuniquemos con anticipación cuando decidamos que es tiempo de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención para usted. Cuando finalice la cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo 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 8.2      Le informaremos por anticipado cuándo finalizará su cobertura**

**Término legal**

**Aviso de no cobertura de Medicare.** Le informa cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo detener su atención.

- 1. Recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica. Este aviso le informa sobre lo siguiente:
  - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención médica.
  - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más prolongado.
- 2. Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso indica *únicamente* que recibió la información acerca de cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de dejar de recibir el servicio.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)****Sección 8.3 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, 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.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame al Servicio de Atención al Cliente. También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación.** Decide si la fecha en que finaliza su atención es médicamente apropiada.

- La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a los que el gobierno federal les paga para que comprueben la calidad del cuidado de los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

**Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite una revisión rápida. Usted debe actuar rápidamente.**

***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- El aviso por escrito que usted recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y los números telefónicos de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

***Actúe rápidamente:***

- Debe comunicarse con la Organización de 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 la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, y aun así desea presentar una apelación, usted debe presentar una apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

### **Paso 2:** La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

#### Término legal

**Explicación detallada de no cobertura.** Este aviso provee información detallada sobre los motivos por los cuales termina la cobertura.

#### *¿Qué sucede durante esta revisión?*

- Los profesionales de la salud de la Organización de 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 evaluará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha dado.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nosotros una **Explicación detallada de no cobertura** que explica en detalle nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

### **Paso 3:** Un día después de tener toda la información necesaria, los analistas le informarán su decisión.

#### *¿Qué sucede si los analistas la aceptan?*

- 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). Puede haber límites a sus servicios cubiertos.

#### *¿Qué sucede si los analistas la rechazan?*

- Si los analistas la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo la atención médica a domicilio, o atención en un centro de enfermería especializada, o servicios de un centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total de esta atención** por su propia cuenta.

### **Paso 4:** Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer 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 ha terminado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)****Sección 8.4 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 solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializado o los servicios de un centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

**Paso 1: Comuníquese de nuevo con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.**

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

**Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los analistas de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: Dentro de 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los analistas tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán la misma.*****¿Qué sucede si la organización de revisión responde afirmativamente?***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que indicamos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando 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 de su apelación de Nivel 1.
- La notificación que usted reciba le informará por escrito qué 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.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

### **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, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, 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 9 de este Capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 8.5</b>	<b>¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	--

**En ese caso, puede apelar ante nosotros.**

Como se explicó más arriba, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de 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?

<b>Término legal</b>
----------------------

Una revisión rápida o (apelación rápida) también se conoce como una <b>apelación acelerada.</b>
---

### **Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite 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 estándar. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

### **Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos cuando finalizamos la cobertura por sus servicios.**

- Durante esta revisión, examinamos nuevamente toda la información relacionada a su caso. Verificamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

### **Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las siguientes 72 horas de su solicitud de una revisión rápida.**

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que 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 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 la misma.
- Si continuó recibiendo la atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF) *después* de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura, entonces **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 <b>Entidad de Revisión Independiente</b> . En ocasiones se le llama <b>IRE (Independent Review Entity)</b> .

### **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 cuando rechazamos su apelación rápida. Esta organización decide si la decisión debe 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 ocuparse del trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

### **Paso 1: Pasaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.**

- Estamos obligados a enviar la información para 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 10 de este Capítulo le explica cómo presentar una queja).

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

### **Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los analistas le darán una respuesta dentro de 72 horas.**

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido 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 podríamos reembolsar o por cuánto tiempo 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.
- El aviso que usted reciba de la organización de revisión independiente le explicará por escrito lo que puede hacer si desea proseguir con la apelación de Nivel 3.

### **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, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la decisión de apelación de Nivel 2.
- El Nivel 3 de apelación es revisada por un juez administrativo o por un abogado litigante. La Sección 9 de este Capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

## **SECCIÓN 9 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá**

---

<b>Sección 9.1</b>	<b>Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos</b>
--------------------	--

Esta Sección puede ser adecuada si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación 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 continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es menor que el nivel mínimo, no puede continuar apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.



## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

Para la mayoría de las situaciones 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 en derecho administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el adjudicador legal acepta 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, irá a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizarle o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de 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.
- **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. El aviso que reciba le indicará qué hacer para 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 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*.**

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

- 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. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

**Apelación de Nivel 5** Un juez de la **Corte del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y *aceptará* o *denegará* su solicitud. Esta es la respuesta definitiva. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

### Sección 9.2      **Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta Sección puede ser adecuada si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado cumple con cierta cantidad monetaria, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si la cantidad monetaria es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito 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 las situaciones 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 en derecho administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza. 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. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

**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 finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) 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. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También le indicará a quién contactar y qué hacer a continuación si usted decide continuar con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez de la Corte del Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y *aceptará* o *denegará* su solicitud. Esta es la respuesta definitiva. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

## PRESENTACIÓN DE QUEJAS

### SECCIÓN 10 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes.**

#### Sección 10.1 **¿Qué tipo de problemas gestiona el proceso de quejas?**

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. Aquí encontrará ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

Queja	Ejemplo
<b>Calidad de su atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluyendo la atención en el hospital)?</li> </ul>
<b>Respeto a su privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?</li> </ul>
<b>Falta de respeto, servicio de atención al cliente deficiente u otros comportamientos negativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted?</li> <li>• ¿No está conforme con nuestro Servicio de Atención al Cliente?</li> <li>• ¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?</li> </ul>
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene problemas para acordar una cita o ha tenido que esperar demasiado para obtenerla?</li> <li>• ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo a médicos, farmacéuticos 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"> <li>○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de exámenes o cuando surte una receta.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No está conforme con la limpieza o la condición de una clínica, hospital o consultorio médico?</li> </ul>
<b>Información que usted recibe de nosotros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No le dimos un aviso requerido?</li> <li>• ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?</li> </ul>
<b>Puntualidad</b> (Estos tipos de quejas están todas relacionadas con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	<p>Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y se la denegamos; puede presentar una queja.</li> <li>• Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja.</li> <li>• Usted cree que no cumplimos con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios o elementos médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja.</li> <li>• Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.</li> </ul>

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)****Sección 10.2      Cómo presentar una queja****Términos legales**

- Una **queja** también se conoce como **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se conoce como **hacer un reclamo**.
- **Usar el proceso de quejas** también se llama **usar el proceso para presentar un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se conoce como **reclamo acelerado**.

**Sección 10.3      Paso a paso: Presentar una queja****Paso 1: Comuníquese con nosotros inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, llamar al 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 enviar su queja por escrito.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
  - 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  
P.O. Box 3507  
Scranton, PA 18505  
Fax: 1-855-825-7726
    - Envíe su queja por escrito (también se le llama reclamo) sobre la receta de medicamentos de la Parte D a:  
Johns Hopkins Advantage MD  
c/o CVS Caremark Medicare Part D  
Grievance Department  
P.O. Box 30016  
Pittsburgh, PA 15222-0330  
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;

## Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

---

- b. Revisar el reclamo o los reclamos anteriores y actuales en el expediente del miembro;
- 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 tuvo el problema por 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.
- **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.
- **En caso de que esté presentando una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le asignaremos una queja rápida automáticamente.** Si tiene una queja rápida, significa que le brindaremos una respuesta dentro de 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema por el cual usted presenta la queja, incluiremos nuestros fundamentos en nuestra respuesta.

<b>Sección 10.4</b>	<b>También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad</b>
---------------------	--

Cuando su queja es sobre la *calidad* de la atención, también tiene dos opciones adicionales:

**Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)**

---

**Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad.**

La Organización de Mejoramiento de la Calidad está conformada 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 tiene información de contacto.

*O*

**Puede presentar su queja ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

<b>Sección 10.5</b>	<b>También puede comunicarle su queja a Medicare</b>
---------------------	--

Puede presentar una queja sobre Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://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.

# CAPÍTULO 10

## Finalización de su membresía en el plan



---

## **SECCIÓN 1      Introducción a cómo finalizar su membresía en nuestro plan**

---

La cancelación de su membresía en Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) puede ser **voluntaria** (es su propia elección) o **involuntaria** (no es su propia elección):

- Podría dejar nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo. Las secciones 2 y 3 proveen información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nosotros nos vemos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 le explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

---

## **SECCIÓN 2      ¿Cuándo finalizar su membresía con nuestro plan?**

---

<b>Sección 2.1      Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual</b>
--

Puede finalizar su membresía de nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también llamado "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 desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija si desea mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** 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 de medicamentos recetados separado de Medicare.
  - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

**Nota:** Si se desafía de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe luego en algún plan de medicamentos de Medicare.

**Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan**

---

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando inicie la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

<b>Sección 2.2</b>	<b>Usted puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual de Medicare Advantage</b>
--------------------	---

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** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, usted puede:
  - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Desafiliarse 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 a que recibamos su solicitud de cambiarse a Original Medicare. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

<b>Sección 2.3</b>	<b>En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un período de inscripción especial</b>
--------------------	--

En ciertas situaciones, los miembros de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) pueden ser elegibles para finalizar sus membresías en otros momentos del año. Se lo conoce como **período de inscripción especial**.

- **Es posible que sea elegible para finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial** si cualquiera de las siguientes situaciones aplica para 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](http://www.medicare.gov)):
  - Generalmente, cuando se haya mudado.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si usted es elegible para “Ayuda Adicional” con el pago de sus recetas de Medicare.
  - Si violamos nuestro contrato con usted.

**Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan**

---

- Si recibe atención médica en una institución, tal como un hogar de reposo o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- *Nota:* Si se encuentra en un plan de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 contiene más información sobre los programas de administración de medicamentos.

**Los períodos de inscripción varían** de acuerdo con su situación.

**Para averiguar si es elegible para un período de inscripción especial**, 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 recetados. También puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados separado de Medicare.
- – *U* – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados separado de Medicare.

**Nota:** Si se desafilia de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe luego en algún plan de medicamentos de Medicare.

**Su membresía por lo general finalizará** el primer día del mes posterior al que se recibe su solicitud de cambio de plan.

**Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por la inscripción automática.

<b>Sección 2.4</b>	<b>¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su membresía?</b>
--------------------	--

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llamar al Servicio de Atención al Cliente.**
- Encuentre 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 cancelar su membresía en nuestro plan?

---

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"><li>Otro plan de salud de Medicare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare.</li><li>Cuando comience la cobertura de su plan nuevo, automáticamente se cancelará su inscripción en Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados separado de Medicare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</li><li>Cuando comience la cobertura de su plan nuevo, automáticamente se cancelará su inscripción en Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO).</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><b>Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.</b> Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto.</li><li>También puede contactar a <b>Medicare</b> 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.</li><li>Se le cancelará su inscripción en Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) cuando comience su cobertura en Original Medicare.</li></ul>

---

## SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, debe continuar recibiendo sus artículos médicos y medicamentos a través de nuestro plan

---

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

**Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan**

---

- **Continúe usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias de la red o use el *pedido por correo* para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

---

**SECCIÓN 5 Johns Hopkins Advantage MD (PPO) debe terminar su membresía con el plan en ciertas situaciones**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?</b>
--------------------	--

**Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) debe terminar su membresía con el plan si sucede cualquiera de las siguientes situaciones:**

- Si usted ya no cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Servicio de Atención al Cliente para saber 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 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 no paga las primas del plan durante tres (3) meses calendario.

**Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan**

---

- Debemos notificarle por escrito que tiene tres (3) meses calendario para pagar la prima del plan antes de que demos de baja su membresía.
- Si se le requiere que pague el monto extra de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

**¿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.

<b>Sección 5.2</b>	<b><u>No podemos pedirle que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud</u></b>
--------------------	---

Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la 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, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana (TTY 1-877-486-2048).

<b>Sección 5.3</b>	<b>Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	---

Si cancelamos su membresía de nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

# CAPÍTULO 11:

## *Avisos legales*

**Capítulo 11. Avisos legales**

---

---

**SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente**

---

La ley principal que se aplica a este documento *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, se pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

---

**SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación**

---

**Nosotros no discriminamos** por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible y todas las otras leyes que apliquen para 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 padece 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 ayudarlo.

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 ante: Johns Hopkins Grievance Compliance Coordinator at 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](mailto:compliance@jhhc.com)

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/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 Premier (PPO), 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**

---

**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 o 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.

**Área de Servicio:** un área geográfica donde debe vivir para afiliarse a un plan de salud particular. Para aquellos planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede consultar, también suele ser el área donde puede obtener sus servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su membresía si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

**Asistente de salud en el hogar:** una persona que provee servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta registrados, tal como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

**Atención de emergencia:** servicios cubiertos que son: (1) provistos por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

**Autorización previa:** Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la parte de la red de un plan PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una autorización previa de parte de nuestro plan. En un plan PPO, no se necesita la autorización previa para recibir servicios fuera de la red. No obstante, se recomienda que consulte el plan antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por el plan y cuál es su responsabilidad con los costos compartidos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

**Ayuda Adicional:** un programa estatal o de Medicare 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.

**Biosimilar:** un medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares suelen funcionar igual de bien y son igual de seguros que el producto biológico original. Sin embargo, los biosimilares suelen requerir una receta nueva para sustituir el producto biológico original. Los biosimilares intercambiables han cumplido con requisitos adicionales que les permiten sustituir al producto biológico original en la farmacia sin una receta nueva, sujeta a las leyes estatales.

**Cancelación de la membresía:** el proceso de poner fin a su membresía en nuestro plan.

**Capítulo 12. Definiciones de términos importantes**

---

**Centro ambulatorio de rehabilitación integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF):** un centro que principalmente ofrece servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, así como servicios de evaluación ambiental.

**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 esperada en el centro no excede las 24 horas.

**Centro de cuidados de enfermería especializada (SNF):** servicios de rehabilitación y cuidados especializados de enfermería que se proporcionan de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera registrada o un médico.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** es la agencia federal que administra Medicare.

**Coaseguro:** Es un monto que se le puede exigir que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo por servicios y medicamentos recetados.

**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.

**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.

**Copago (o pago conjunto):** 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. Un copago es un monto establecido (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. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). 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 se recibe un servicio o medicamento específico.

**Capítulo 12. Definiciones de términos importantes**

---

**Costos de bolsillo:** consulte la definición anterior para "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".

**Cuidado supervisado:** el cuidado de apoyo es un servicio de atención personal prestado en un hogar de reposo, un hospicio o en otras instalaciones cuando usted no necesita atención médica especializada ni cuidados de enfermería especializada. El cuidado de apoyo, proporcionado por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o 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 el cuidado de custodia.

**Deducible:** la cantidad que usted debe pagar por la atención médica o los medicamentos antes de que pague nuestro plan.

**Determinación de cobertura:** una decisión sobre si un medicamento recetado es cubierto por el plan y el monto, de haberlo, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia 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.

**Determinación de la Organización:** una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este documento.

**Dispositivos protésicos y suministros relacionados:** dispositivos médicos, incluyendo, entre otros, soportes para piernas, brazos y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte del cuerpo o función interna, incluidos los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

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

**Equipo médico duradero (DME):** cierto equipo médico que es ordenado por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos son: andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones a electricidad, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital encargadas por un proveedor para ser usadas en casa.

**Capítulo 12. Definiciones de términos importantes**

---

**Etapa de cobertura catastrófica:** la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) hayan gastado \$8,000 de la Parte D en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.

**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.

**Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e Información de divulgación:** este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada, que explique su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido 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).

**Facturación de saldo:** cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente por encima del monto permitido para el costo compartido del plan. Como miembro de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO), solo tiene que pagar su monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le facturen el saldo o le cobren más de la cantidad del costo compartido que su plan le indica que debe pagar.

**Farmacia de la red:** una farmacia que tiene un contrato con el plan en la que 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.

**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 red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

**Herramienta de beneficios en tiempo real:** un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información sobre beneficios y formularios completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados y específicos del afiliado. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

**Capítulo 12. Definiciones de términos importantes**

---

**Hospicio:** un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo 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 hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía puede obtener todos los servicios médicos necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

**Hospitalización:** una estancia en el hospital cuando ha sido admitido formalmente para recibir los servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se lo podría considerar un “paciente ambulatorio”.

**Indicación médicamente aceptada:** uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por cierta documentación de referencia.

**Ingreso suplementario de seguridad (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.

**Límite de cobertura inicial:** el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

**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.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”):** una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

**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, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

**Medicamento 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.

**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.

## Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

---

**Medicamento genérico:** un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona tan bien como un medicamento de marca y normalmente cuesta menos.

**Medicamentos cubiertos:** el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

**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. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

**Medicare:** programa federal de seguro médico para personas de 65 años 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).

**Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan):** una persona que tiene Medicare que es elegible para recibir los servicios cubiertos, se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA):** si su ingreso bruto ajustado modificado, según aparece en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, usted pagará la cantidad de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo extra añadido 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.

**Monto máximo de costos de bolsillo combinados:** Esto es lo máximo que usted paga de su propio bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare recibidos de proveedores dentro (más conveniente) y fuera (menos conveniente) de la red.

**Monto máximo de costos de bolsillo dentro de la red:** esto es lo máximo que usted paga por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B recibidos de proveedores dentro (preferidos) de la red. Después de que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando obtenga servicios cubiertos de proveedores de la red durante el resto del año de contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto combinado de su bolsillo, usted debe continuar pagando su parte de los costos cuando busca atención de un proveedor fuera de la red (no preferido).



**Capítulo 12. Definiciones de términos importantes**

---

**Multa por inscripción tardía de la Parte D:** un monto añadido 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 unirse a un plan de la Parte D.

**Nivel de costo compartido:** cada medicamento en la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, mientras más alto es el nivel de los costos compartidos, mayor es el costo del medicamento.

**Organización de 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.

**Original Medicare (Medicare Tradicional o Medicare de Pago por Servicio):** Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren al pagar montos establecidos por el Congreso a los médicos, hospitales y a otros proveedores de atención médica. 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.

**Pago por expendio:** Una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que dedica el farmacéutico a preparar y empaquetar la receta.

**Parte C:** consulte Plan Medicare Advantage (MA).

**Parte D:** el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

**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 (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o a un 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 ha finalizado, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en cuanto al número de períodos de beneficios.

**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 está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

**Período de inscripción anual:** el período que abarca desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año en el cual los miembros pueden cambiar de plan de salud o medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

**Período de inscripción especial:** un período establecido en el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud y de medicamentos o cambiarse a Original Medicare. Las situaciones en las cuales puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de atención, si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de reposo o si incumplimos nuestro contrato con usted.

**Período de inscripción inicial:** Al momento de cumplir con los requisitos para ser elegible para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse a la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare al cumplir 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que se inicia 3 meses antes de su cumpleaños 65, incluye el mes de su cumpleaños 65 y finaliza 3 meses después de cumplir 65.

**Plan de necesidades especiales de atención crónica:** los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para el plan MA con una o más condiciones severas o incapacitantes específicas crónicas, definidas en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción en función de múltiples comorbilidades comunes y condiciones clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

**Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, 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 generalmente 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).

**Capítulo 12. Definiciones de términos importantes**

---

**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 Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, Planes para Necesidades Especiales, programas piloto/de demostración y Programas de Cuidados Integrales para Personas Mayores (PACE).

**Plan Institucional de Necesidades Especiales (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 cuidados a largo plazo (long-term care, LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF); un centro de enfermería (nursing facility, NF); (SNF/NF); un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID); y/o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados; y/o otros centros aprobados por los CMS que brindan servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de establecimientos mencionados. Un Plan para Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con (o ser dueño y operar) centros de LTC específicos.

**Plan Institucional Equivalente de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP):** un Plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero requieren un nivel de cuidado institucional en base a 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 de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro contratado de vida asistida (Assisted Living Facility, ALF), si fuese necesario, para asegurar la prestación uniforme de atención especializada.

**Plan Medicare Advantage (MA):** a veces llamado Parte C de Medicare. 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 i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o iv) un plan Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (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 Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

**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 Medicare como Medicaid, quienes residen en un hogar de reposo o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

**Capítulo 12. Definiciones de términos importantes**

---

**Planes de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP):** los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare en función del estado y la elegibilidad del individuo.

**Póliza Medigap (Seguro complementario de Medicare):** un seguro complementario de Medicare que compañías privadas de seguros venden para cubrir las brechas en Original Medicare. Las pólizas de Medigap funcionan únicamente con Original Medicare. (Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Prima:** pago periódico que se hace a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención de salud por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

**Producto biológico:** un medicamento recetado que tiene componentes naturales y de organismos vivos como células de animales, de plantas, bacterias o levadura. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. Los biosimilares suelen funcionar igual de bien y son igual de seguros que el producto biológico original.

**Programa de Descuento para la Transición de Cobertura de Medicare:** un programa que ofrece descuentos sobre 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 la "Ayuda Adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

**Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP):** es el 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.

**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".

**Proveedor o centro fuera de la red:** un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen ni operan con nuestro plan.

**Queja:** el nombre formal para presentar una queja es "presentar un reclamo". El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

**Capítulo 12. Definiciones de términos importantes**

---

**Reclamo:** un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja concerniente a la calidad de la atención. No incluye disputas de cobertura o de pago.

**Servicio de Atención al Cliente:** un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

**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 adicionales, como servicios de atención de la vista, odontológicos o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

**Servicios cubiertos:** el término que usamos en este EOC para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que son cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación:** estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

**Servicios requeridos con urgencia:** servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios se deben necesitar inmediatamente y ser médicamente necesarios.

**Subsidio por bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS):** consulte el apartado “Ayuda Adicional”.

**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.

**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.

## Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)

<b>Método</b>	<b>Servicio de Atención al Cliente – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-877-293-5325 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingo: de 8:00 am a 8:00 pm Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. El Servicio de Atención al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	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 am a 8:00 pm Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes: de 8:00 am a 8:00 pm
<b>FAX</b>	1-855-206-9203
<b>ESCRIBA A</b>	Johns Hopkins Advantage MD P.O. Box 3538 Scranton, PA 18505
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.hopkinsmedicare.com">www.hopkinsmedicare.com</a>

## Programa de Seguro Médico para Personas Mayores (SHIP de Maryland)

El Programa de Seguro Médico 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.

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 solo es para personas con problemas de audición o de habla.
ESCRIBA A	Maryland Department of Aging 301 West Preston Street, Suite 1007 Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	<a href="https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx">https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx</a>

**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.

## **Declaración de accesibilidad de idioma**

**Contamos con servicios gratuitos de interpretación.**

### **English**

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 podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

### **繁體中文 (Chinese)**

我们有免费的翻译服务，可以回答您对我们的健康或药物计划的任何问题。如需口译服务，请致电1-877-293-5325 (TTY : 711)。我们有会说中文的人可以帮助您。这是一项免费服务。

### **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 (French)**

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 (Vietnamese)**

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.



## **German (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 (Korean)**

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 (Russian)**

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 (Arabic)**

لدينا خدمات مجانية للاستعانة بمترجم فوري للإجابة على أي أسئلة قد تراودك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم فوري، يُرجى الاتصال بنا على 1-877-293-5325 (الهاتف النصي: 711). ستتلقى المساعدة من شخص يتحدث اللغة العربية. هذه خدمة مجانية.

## **Italian (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.

## **Português (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.

## **French Creole (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.

## **Polish (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।

## **Japanese (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](mailto: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: 1-877-293-5325**

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](http://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](http://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.