

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Beneficios y servicios de salud y cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica, atención a largo plazo, servicios basados en el hogar y en la comunidad y medicamentos con receta de Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid) desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), es ofrecido por AETNA BETTER HEALTH INC. (NJ) (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a AETNA BETTER HEALTH INC. (NJ) Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Aetna Assure Premier Plus [HMO D-SNP].)

Este documento está disponible sin cargo en español. Si habla español, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al 1-844-362-0934 (TTY: 711).

This document is available for free in Spanish. If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-362-0934 (TTY: 711).

Para obtener información adicional, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos.

Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios.

Los miembros deben usar proveedores, farmacias y proveedores de equipo médico duradero (DME) de la red o participantes. No se requiere ninguna remisión para recibir servicios cubiertos de proveedores de la red. Se inscribirá a los miembros en la cobertura de la Parte D de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) y se les cancelará automáticamente la inscripción en cualquier otro plan de la Parte D de Medicare o de cobertura acreditable en el que estén inscritos actualmente.

En el caso del pedido por correo, puede solicitar que le envíen los medicamentos con receta a su casa a través del programa de entrega de pedidos por correo de la red. Normalmente, los medicamentos de pedido por correo llegan en un plazo de 10 días. Puede llamar al 1-844-362-0934 o al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación (TTY: 711) de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana si no recibe sus medicamentos de pedido por correo en este plazo. Los miembros pueden tener la opción de registrarse para la entrega de pedidos por correo automática.

Evidencia de cobertura para 2022

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1.	Primeros pasos como miembro	1
	Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este documento. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.	
Capítulo 2.	Números de teléfono y recursos importantes	16
	Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (Aetna Assure Premier Plus [HMO D-SNP]) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, NJ FamilyCare (Medicaid) (el programa estatal de seguros de salud para personas con ingresos bajos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de jubilación para ferroviarios.	
Capítulo 3.	Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos.....	36
	Explica puntos importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas, se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.	
Capítulo 4.	Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto).....	56
	Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles <i>no</i> como miembro de nuestro plan.	
Capítulo 5.	Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D	138
	Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que <i>no</i> están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.	

Índice

Capítulo 6.	Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.....	166
	En este capítulo, se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos el costo de los servicios o medicamentos cubiertos.	
Capítulo 7.	Sus derechos y responsabilidades.....	173
	Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.	
Capítulo 8.	Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)	186
	En este capítulo se describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.	
	<ul style="list-style-type: none">• Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos con receta que usted piensa que nuestro plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.• También se explica cómo presentar un reclamo respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.	
Capítulo 9.	Cancelación de su membresía en el plan.....	257
	Describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Explica las situaciones en las cuales <i>nuestro plan</i> debe cancelar su membresía.	
Capítulo 10.	Avisos legales.....	270
	Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.	
Capítulo 11.	Definiciones de palabras importantes.....	277
	Se explican los términos clave que se utilizan en este documento.	

Capítulo 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

SECCIÓN 1	Introducción	4
Sección 1.1	Usted está inscrito en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales).....	4
Sección 1.2	¿De qué se trata el documento <i>Evidencia de cobertura</i> ?	5
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	5
SECCIÓN 2	¿Cuáles son las calificaciones para elegibilidad para ser miembro del plan?	6
Sección 2.1	Sus calificaciones para elegibilidad	6
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?	7
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?	7
Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan para Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)....	7
Sección 2.5	Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.....	8
SECCIÓN 3	¿Qué otra documentación le enviaremos?.....	8
Sección 3.1	Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener cobertura en todos los medicamentos con receta y la atención que recibe.....	8
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan	9
Sección 3.3	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : su guía para conocer las farmacias de nuestra red.....	10
Sección 3.4	<i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan	11
Sección 3.5	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D	11
SECCIÓN 4	No hay ninguna prima mensual para Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)	12
Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima de su plan?	12
Sección 4.2	¿Podemos modificar la prima mensual del plan durante el año?	12
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.....	12
Sección 5.1	Cómo puede asegurarse de que tenemos información correcta sobre usted.....	12

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información personal de salud	14
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	14
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	14
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?	14

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 1 Introducción**

Sección 1.1	Usted está inscrito en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)
-------------	--

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de plan de Medicaid que usted tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales no cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir su cobertura para medicamentos con receta y su atención médica de Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid) a través de nuestro plan, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan de necesidades especiales” de Medicare), lo que significa que los beneficios están destinados a personas con necesidades especiales de atención médica. Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) está destinado específicamente a personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe asistencia de NJ FamilyCare (Medicaid) para los costos compartidos de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), no pagará nada por los servicios de atención médica de Medicare. Al cubrir los servicios de atención médica, NJ FamilyCare (Medicaid) también le brinda otros beneficios que generalmente no están cubiertos por Medicare, como medicamentos con receta, atención a largo plazo y servicios basados en el hogar y en la comunidad. Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios para que obtenga los servicios de atención médica a los que tiene derecho.

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) administrado por una empresa privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales está aprobado por Medicare. El plan también ha celebrado un contrato con el programa Medicaid de Nueva Jersey (NJ) para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de atención

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

médica de Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid), incluida la cobertura de sus medicamentos con receta, atención a largo plazo y servicios basados en el hogar y en la comunidad.

La cobertura de este plan reúne los requisitos de cobertura médica calificada (QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

Este documento sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener, a través de nuestro plan, atención médica, atención a largo plazo, servicios basados en el hogar y en la comunidad, y medicamentos con receta cubiertos de Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid). Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos, así como a la atención a largo plazo, los servicios en el hogar y en la comunidad y los medicamentos con receta, disponibles para usted como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique tiempo a leer el documento *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan (en la contraportada de este documento, encontrará los números de teléfono).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***Es parte del contrato que celebramos con usted**

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2022. Después del 31 de diciembre de 2022, también podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid), así como el programa Medicaid de Nueva Jersey, deben aprobar Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) todos los años. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y si Medicare y el programa de Medicaid de Nueva Jersey renuevan su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son las calificaciones para elegibilidad para ser miembro del plan?

Sección 2.1	Sus calificaciones para elegibilidad
-------------	--------------------------------------

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- *También*, vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 a continuación describe el área de servicio).
- *Además*, es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- *Finalmente*, cumple con la calificación para elegibilidad específica descrita a continuación.

Calificaciones especiales para elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible en nuestro plan, debe ser elegible para los beneficios de Medicare y Medicaid completo.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad, pero se espera razonablemente que la recupere en un plazo de seis meses, sigue siendo elegible para la membresía de nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4, se describe la cobertura durante un período de elegibilidad considerada continua).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?**

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B. Recuerde lo siguiente:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico, los tratamientos de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes externos) y ciertos productos (como suministros y equipos médicos duraderos [DME]).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos estatal y federal que brinda ayuda con los gastos médicos y de atención a largo plazo a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios se cubren y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+):** Paga las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, así como otros costos compartidos (como los deducibles, coseguros y copagos), e incluye la elegibilidad para los beneficios completos de Medicaid.

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

Aunque Medicare es un programa federal, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) está disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nueva Jersey: Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) está disponible en todo el estado.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.5	Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos
-------------	---

Un miembro del plan de salud de Medicare debe ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) en caso de que no sea elegible para seguir siendo miembro en virtud de este requisito. Si no cumple con este requisito, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1	Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener cobertura en todos los medicamentos con receta y la atención que recibe
-------------	--

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

en las farmacias de la red. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)			
Member Name: Doe, John	PCP:	\$0 Copay	
Member ID: 123456789	Specialist:	\$0 Copay	
Effective Date:	Emergency Room:	\$0 Copay	
Issued Date:	Urgent Care:	\$0 Copay	
	Dental:	\$0 Copay	
Issuer: 80840			
Rx Bin: 610502			
PCN: MEDDAET			
Rx Grp: RXAETD			
PCP Name: Doe, Jane			
PCP Phone: 1-555-555-5555			
	H6399-001		

Important Information: In case of an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room (ER). Prior authorization is not required for emergency services.	
For Members	
Member Services:	1-844-362-0934 (TTY: 711)
Behavioral Health Crisis:	1-844-362-0934 (TTY: 711)
Care Management:	1-844-362-0934 (TTY: 711)
24-Hour Nurse Advice:	1-844-362-0934 (TTY: 711)
Dental Services:	1-844-362-0934 (TTY: 711)
Website:	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp
For Providers	
Medical	Pharmacy
Eligibility Verification: 1-844-362-0934 (TTY: 711)	Pharmacy Help Desk: 1-800-238-6279 (TTY: 711)
Prior Authorization: 1-844-362-0934 (TTY: 711)	Claim Inquiry: 1-844-362-0934 (TTY: 711)
Submit claims to: Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) P.O. Box 61925 Phoenix, AZ 85082-1925	
	H6399-001

NO debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba presentarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o hacerse estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: si recibe servicios cubiertos con la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de nuestra tarjeta de miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) siendo miembro del plan, es posible que deba pagar el costo total de los servicios usted mismo.

Si la tarjeta de miembro del plan se daña, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios para Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos, e identifica los proveedores participantes de NJ FamilyCare (Medicaid).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como el pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/find-provider).

¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una a través del Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). En el Departamento de Servicios para Miembros puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/find-provider) o descargarlo desde este sitio web. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

Sección 3.3	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : su guía para conocer las farmacias de nuestra red
-------------	---

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado obtener los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan.

¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

próximo año. El *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/find-provider). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2022 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.***

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través del Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros en cualquier momento para obtener información actualizada sobre cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/find-provider).

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. En ella se explican qué medicamentos con receta están cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid). Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid) han aprobado la Lista de medicamentos de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

La Lista de medicamentos también le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le brindaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan ([AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 3.5 *La Explicación de beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D*

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido que lo ayudará a comprender y hacer un seguimiento de los pagos efectuados por

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, otra persona en su nombre y nosotros gastamos en medicamentos con receta de la Parte D y el monto total pagado por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante cada mes en que se utilicen estos beneficios. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma. En el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*), encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios* y la manera en que le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes la soliciten. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 4 No hay ninguna prima mensual para Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima de su plan?

Usted no paga ninguna prima mensual del plan por separado para Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Medicaid se encarga de pagar su prima de la Parte B de Medicare.

Sección 4.2 ¿Podemos modificar la prima mensual del plan durante el año?

No.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 5.1 Cómo puede asegurarse de que tenemos información correcta sobre usted

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

para saber cuáles son los servicios y medicamentos que tiene cubiertos. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentra fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

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

Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud****Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida**

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 7 de este documento.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan**Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?**

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará en primer lugar durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por servicios relacionados con cada tipo, como los siguientes:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

NJ FamilyCare (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare o los planes de salud grupales del empleador hayan pagado.

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). Es posible que sus otros aseguradores le pidan el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

SECCIÓN 1	Contactos de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros del plan).....	18
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	26
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia en seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	28
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (Medicare la paga para verificar la calidad de la atención que se brinda a quienes tienen Medicare)	29
SECCIÓN 5	Seguro Social	30
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar los costos médicos de personas con ingresos y recursos limitados)	31
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	34
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios	34
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?	35

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
LLAME AL	1-844-362-0934 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-259-2087
ESCRIBA A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) 7400 W Campus Rd New Albany, OH 43054 NJDSNP_MemberServices@aetna.com
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre atención médica
LLAME AL	1-844-362-0934 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-833-322-0034
ESCRIBA A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Precertification Unit 7400 W Campus Rd New Albany, OH 43054
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica**

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica
LLAME AL	1-844-362-0934 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-883-9555
ESCRIBA A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181 COEGandA@aetna.com
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica**

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para reclamos sobre la atención médica
LLAME AL	1-844-362-0934 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-883-9555
ESCRIBA A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181 COEGandA@aetna.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura de sus medicamentos con receta según el beneficio de la Parte D de su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-844-362-0934 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-844-814-2260
ESCRIBA A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Part D Coverage Determination Pharmacy Department 4500 E Cotton Center Blvd Phoenix, AZ 85040
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D**

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-833-492-0070 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-844-814-2260
ESCRIBA A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Apelaciones 4500 E Cotton Center Blvd Phoenix, AZ 85040
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D**

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-844-362-0934 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX	1-855-883-9555
ESCRIBA A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pida que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió**

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para solicitudes de pago por cobertura médica
FAX	1-855-259-2087
ESCRIBA A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) 7400 W Campus Rd New Albany, OH 43054
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

Método	Información de contacto para solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D
ESCRIBA A	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). PO Box 52446 Phoenix, AZ 85072-2446
SITIO WEB	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 2 Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare de su estado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB (continuación)	<p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor <i>estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p>También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga acerca de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infórmele a Medicare sobre su reclamo: puede presentar un reclamo sobre Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores locales pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en seguros de salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva Jersey, el SHIP se denomina Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP).

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa estatal de asistencia en seguros de salud pueden ayudarle a abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar reclamos sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. También pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS

- Visite www.medicare.gov.
- Haga clic en **“Forms, Help, and Resources”** (Formularios, ayuda y recursos) en el margen derecho del menú superior.
- En el menú desplegable, haga clic en **“Phone Numbers & Websites”** (Números de teléfono y sitios web).
- Ahora tiene diferentes opciones.
 - Opción 1: puede tener un **chat en vivo**.
 - Opción 2: puede hacer clic en cualquiera de los **“TEMAS”** del menú de la parte inferior.
 - Opción 3: puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en GO (Iniciar). Accederá a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP de Nueva Jersey)
LLAME AL	1-800-792-8820 Atendemos de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 04:30 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	NJ State Health Insurance Assistance Program P.O. Box 807 Trenton NJ 08625
SITIO WEB	http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Medicare la paga para verificar la calidad de la atención que se brinda a quienes tienen Medicare)

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Nueva Jersey, la Organización para la mejora de la calidad se llama Organización para la mejora de la calidad de la atención centrada en el beneficiario y en la familia de Livanta (BFCC-QIO).

Livanta está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con Livanta:

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) finaliza demasiado pronto.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto de Livanta (la Organización para la mejora de la calidad [QIO] de Nueva Jersey)
LLAME AL	1-866-815-5440 Atendemos de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m.
TTY	1-866-868-2289 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://www.livantaqio.com/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto del Seguro Social
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 07:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar los costos médicos de personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

Dado que usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid y está inscrito en ambos, la cobertura brindada a través de nuestro plan incluye la cobertura de todos los beneficios a los que tiene derecho en virtud del cuidado administrado de Medicaid (también conocido como NJ FamilyCare). En consecuencia, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre los beneficios de Medicaid como audífonos, exámenes de la vista de rutina y servicios dentales integrales. Además, NJ FamilyCare (Medicaid) paga su prima de la Parte B.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de NJ FamilyCare (Medicaid), comuníquese con la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Sociales de NJ.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto de la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Sociales de NJ
LLAME AL	1-800-356-1561 Atendemos de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	NJ Department of Human Services Division of Medical Assistance and Health Services P.O. Box 712 Trenton, NJ 08625-0712
SITIO WEB	https://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/home/index.html

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

La Oficina del defensor del pueblo en materia de seguros ayuda a las personas inscritas en Medicaid a resolver problemas de servicios o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o una apelación con nuestro plan.

Método	Información de contacto de la Oficina del Defensor de Reclamaciones por Seguros de Nueva Jersey
LLAME AL	1-800-446-7467 Atendemos de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	The Office of the Insurance Ombudsman NJ Department of Banking and Insurance 20 W. State Street P.O. Box 472 Trenton, NJ 08625-0472
SITIO WEB	www.state.nj.us/dobi/ombuds.htm

El programa de la Oficina del defensor del pueblo en materia de atención a largo plazo del estado de Nueva Jersey ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de convalecencia y a resolver problemas entre los hogares de convalecencia y los residentes o sus familiares.

Método	Información de contacto del Defensor del pueblo para atención a largo plazo de Nueva Jersey
LLAME AL	1-877-582-6995 Atendemos de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 04:30 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	NJ Long-Long Term Care Ombudsman P.O. Box 852 Trenton, NJ 08625-0852
SITIO WEB	http://www.nj.gov/ooie/

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. No es necesario que haga nada para recibir esta “Ayuda adicional”.

Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la Administración del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME AL	<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 la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) desde las 09:00 a. m. a 03:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y desde las 09:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles.</p> <p>Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada durante las 24 horas del día, incluso los fines de semana y los días feriados.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

Capítulo 3

*Cómo utilizar la cobertura del plan para
obtener servicios médicos*

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1	Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan.....	39
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	39
Sección 1.2	Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan.....	39
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios.....	41
Sección 2.1	Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención.....	41
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP?	43
Sección 2.3	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red ...	44
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red.....	45
SECCIÓN 3	Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre.....	46
Sección 3.1	Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica	46
Sección 3.2	Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios	48
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre.....	49
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	49
Sección 4.1	Puede solicitar que paguemos los servicios cubiertos.....	49
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?.....	49
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	50
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	50
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?	51

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”	53
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?.....	53
Sección 6.2	Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica.....	53
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	54
Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos?	54
SECCIÓN 8	Normas para la posesión de equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento	55
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?.....	55
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?	55
Sección 8.3	¿Qué sucede si usted deja el plan y vuelve a Original Medicare?	55

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos**SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan**

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica y otros servicios cubre nuestro plan, utilice la Tabla de beneficios del Capítulo 4 a continuación (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*).

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan. Estas son las siguientes:

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, no debe pagar nada por los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Como un plan de salud de Medicare y Medicaid, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios, además

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

de los que cubre Original Medicare (consulte la *Tabla de beneficios médicos* en la Sección 2.1 del Capítulo 4).

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- **La atención que recibe se incluye en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa “servicios de atención de emergencia” o “de urgencia”, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare o NJ FamilyCare (Medicaid) exige que nuestro plan le cubra y los proveedores de la red no pueden prestar, puede obtener dicha atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de recibir la atención. En este caso, cubriremos estos servicios sin costo para usted. Para obtener más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos**SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios**

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención

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

Como miembro de nuestro plan, debe tener un PCP de la red asignado en nuestros registros. Es muy importante que elija un PCP de la red y que nos informe a quién ha elegido. Su PCP puede ayudarlo a mantenerse saludable, tratar enfermedades y coordinar su atención con otros proveedores de atención médica. Su PCP figurará en la tarjeta de identificación. Si la tarjeta de identificación no muestra un PCP o si el PCP de su tarjeta no es el que desea utilizar, comuníquese con nosotros de inmediato.

Según dónde viva, los siguientes tipos de proveedores pueden actuar como PCP:

- Médico de cabecera
- Internista
- Médico familiar
- Geriatra
- Auxiliar médico (no disponible en todos los estados)
- Profesional en enfermería (no disponible en todos los estados)

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* o visite nuestro sitio web en

[AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/find-provider) para obtener una lista completa de los PCP en su área.

¿Cuál es la función de un PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

Su PCP proveerá la mayoría de su atención y, cuando necesite servicios más especializados, se coordinarán con otros proveedores. Su PCP lo ayudará a encontrar un especialista y coordinará los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Entre algunos de los servicios que el PCP coordinará, se incluyen los siguientes:

- radiografías;
- análisis de laboratorio;
- tratamientos;
- atención de médicos especialistas;
- internaciones en hospitales.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

La “coordinación” de sus servicios incluye verificar con otros proveedores del plan la atención que recibe y cómo evoluciona. Dado que el PCP brindará y coordinará la mayor parte de su atención médica, le recomendamos que envíe sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cuál función desempeña el PCP en la toma de decisiones o la obtención de autorización previa?

En algunos casos, es posible que su PCP, otro proveedor o usted como inscrito (miembro) deba obtener una aprobación por adelantado de nuestro Departamento de Administración Médica para algunos tipos de servicios o pruebas (esto se denomina obtener una “autorización previa”). La obtención de la autorización previa es responsabilidad del PCP, del proveedor tratante o de usted como miembro. Los servicios y productos que requieren autorización previa se detallan en el Capítulo 4.

Cómo elegir al PCP

Puede seleccionar a su PCP en el *Directorio de proveedores y farmacias*, accediendo a nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/find-provider) o bien, puede obtener ayuda del Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Si no seleccionó un PCP, se seleccionará uno para usted. Puede cambiar su PCP (como se explica más adelante en esta sección) por cualquier motivo y en cualquier momento. Para ello, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este documento, para informar su elección de PCP.

Si selecciona un PCP, el nombre o el número de teléfono de su consultorio aparecerán en su tarjeta de miembro.

Cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Comuníquese con nosotros de inmediato si su tarjeta de identificación no muestra el PCP que desea utilizar. Actualizaremos su archivo y le enviaremos una nueva tarjeta de identificación que refleje el cambio de PCP.

Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la contraportada de este documento **antes** de coordinar una consulta con un PCP nuevo. Cuando llame, asegúrese de informar al Departamento de Servicios para Miembros si está consultando a algún especialista o está recibiendo otros servicios cubiertos que eran coordinados por su PCP (por ejemplo, servicios de atención médica a domicilio y equipos médicos duraderos). También verificará

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

si el nuevo PCP que desea elegir acepta a nuevos pacientes. El Departamento de Servicios para Miembros cambiará su registro de miembro para reflejar el nombre de su nuevo PCP, le informará la fecha de entrada en vigencia de su solicitud de cambio y responderá a sus preguntas sobre este. También le enviará una nueva tarjeta de miembro que muestre el nombre o número de teléfono de su PCP nuevo.

En algunos casos, y por hasta cuatro meses pasada la fecha de cancelación efectiva (finalización del periodo de aviso), usted puede continuar recibiendo servicios cubiertos de parte de un médico u otro profesional de salud participantes que hayan abandonado la red.

Además, si está recibiendo ciertos tratamientos, puede obtener periodos de atención más prolongados, según se indica a continuación:

- Embarazo, hasta la evaluación posparto (hasta seis semanas luego del parto).
- Atención de seguimiento posoperatoria (hasta seis meses).
- Tratamiento oncológico (hasta un año).
- Tratamiento psiquiátrico (hasta un año).

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP?
-------------	---

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP por adelantado.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente; por ejemplo, cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. En

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos, como los siguientes:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

¿Cuál es la función del PCP al remitir a los miembros a especialistas y otros proveedores?

Su PCP le proporcionará la mayor parte de la atención que usted recibe y ayudará a arreglar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro del plan.

- Su PCP puede remitirle a un especialista, pero usted puede consultar a cualquier especialista de nuestra red sin una remisión. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* o acceda a nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/find-provider) para obtener una lista completa de los PCP y otros proveedores participantes en su área.

Proceso para obtener una autorización previa

En algunos casos, es posible que su PCP, otro proveedor o usted como inscrito (miembro) del plan deba obtener una aprobación por adelantado de nuestro Departamento de Administración Médica para algunos tipos de servicios o pruebas que recibe dentro de la red (esto se denomina obtener una “autorización previa”). La obtención de la autorización previa es responsabilidad del PCP, del proveedor tratante o de usted como miembro. Los servicios y productos que requieren autorización previa se detallan en la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

- Haremos todo nuestro esfuerzo por enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación, en el que se explicará que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número impreso en la contraportada de esta *Evidencia de cobertura* para obtener ayuda en la selección de un nuevo PCP o para encontrar otros proveedores participantes. También puede buscar a los proveedores participantes en el *Directorio de proveedores y farmacias* o en línea en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/find-provider).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, debe usar proveedores de la red. Si recibe atención no autorizada de un proveedor fuera de la red, es posible que rechacemos la cobertura y será responsable de pagar el costo completo. *Existen cuatro excepciones:*

- El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y saber lo que significa “atención de emergencia” o “de urgencia”, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare o NJ FamilyCare (Medicaid) exigen que nuestro plan cubra y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de recibir la atención. Su PCP u otro proveedor de la red se comunicará con nosotros para obtener la autorización para que pueda consultar a un proveedor fuera de la red.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

- Usted puede recibir servicios de planificación familiar a través de proveedores fuera de la red. En estos casos, los servicios quedarán cubiertos directamente mediante el pago por servicio de Medicaid.

Debe pedirle al proveedor fuera de la red que nos facture a nosotros primero. Si ya pagó los servicios cubiertos o si el proveedor fuera de la red le envía una factura que considera que nosotros debemos pagar, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) o envíenos la factura. Consulte el Capítulo 6 para obtener información sobre cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre

Sección 3.1	Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica
-------------	--

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, debe realizar lo siguiente:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* necesita obtener primero una aprobación o una remisión de su PCP.
- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.

Nuestro plan también cubre los servicios a nivel mundial fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones:

- Atención de emergencia
- Atención de urgencia
- Transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano

El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los procedimientos optativos o programados con antelación no están cubiertos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

No obstante, una vez que el médico haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios**¿Qué son los “servicios de urgencia”?**

Los “servicios de urgencia” se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La afección imprevista podría ser una exacerbación imprevista de una afección conocida que tiene.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Siempre debe tratar que a los servicios de urgencia se los brinde un proveedor de la red. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención médica de su proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Si necesita encontrar un centro de atención de urgencia, puede encontrar un centro de estas características dentro de la red y cerca de usted consultando el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitando nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/find-provider) o solicitando ayuda al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará los números de teléfono).

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan le cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan también cubre los servicios a nivel mundial fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones:

- Atención de emergencia

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

- Atención de urgencia
- Transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano

El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los procedimientos optativos o programados con antelación no están cubiertos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp) para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Generalmente, si no puede consultar a un proveedor dentro de la red durante un desastre, su plan le permitirá recibir atención médica de proveedores fuera de la red. Si durante un desastre no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

Si pagó los servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 6 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de los servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios. Estos servicios se detallan en la Tabla de beneficios médicos del plan (la tabla figura en el Capítulo 4 de este documento) y cumplen las normas del plan. Usted es responsable de pagar el

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “estudio clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de esa participación.*

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple los requisitos del estudio y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan o el PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida por una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como ocurre con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que recibe en estudio de investigación clínica.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 6.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los productos o servicios nuevos que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos y servicios que el estudio le brinde a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computadas (CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en el sitio web de Medicare, donde podrá leer o descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica). La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos**SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”****Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?**

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención sanitaria no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que “no esté exceptuado”.

- El tratamiento o la atención médica que “no estén exceptuados” hacen referencia al tratamiento o a la atención médica que son *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es el tratamiento o la atención médica que no se consideran voluntarios y que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinde atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se ofrecen en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

- Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
- Además, debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro o, de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria y las limitaciones como paciente internado, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos?
-------------	--

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con dichos equipos después de pagar el copago del producto durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, no tendrá posesión de los productos de DME alquilados. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión de ciertos productos de DME. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) para saber más sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por los equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del producto.

Si realizó menos de 13 pagos por el producto de DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Original Medicare para

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

convertirse en propietario del producto. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Normas para la posesión de equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si usted deja Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, debe devolver el equipo a su propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

El costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es de \$0.

El costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

Sección 8.3 ¿Qué sucede si usted deja el plan y vuelve a Original Medicare?

Si vuelve a Original Medicare, comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si usted pagó el alquiler por el equipo de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), se une a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) durante 12 meses y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

Capítulo 4

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

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

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

SECCIÓN 1	Cómo comprender los servicios cubiertos.....	58
Sección 1.1	No debe pagar nada por los servicios cubiertos.....	58
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto	58
Sección 2.1	Sus beneficios médicos, de atención a largo plazo y de servicios en el hogar y en la comunidad como miembro del plan.....	58
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)?	130
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) (exclusiones).....	130

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos**

Este capítulo se centra en qué servicios están cubiertos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios, en la que se enumeran los servicios cubiertos como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1	No debe pagar nada por los servicios cubiertos
-------------	--

Debido a que usted recibe asistencia de NJ FamilyCare (Medicaid), no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga las normas del plan para recibir su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan para recibir su atención).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto

Sección 2.1	Sus beneficios médicos, de atención a largo plazo y de servicios en el hogar y en la comunidad como miembro del plan
-------------	--

En la Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes, se detallan los servicios que cubre Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubren Medicare y Medicaid deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. En el Capítulo 3, se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un PCP que brinda y supervisa su atención.

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

- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos.

Entre otra información importante que debe saber sobre su cobertura, se incluye la siguiente:

- Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos con receta. Medicaid cubre el costo compartido por los servicios de Medicare, incluidos el coseguro, los copagos y los deducibles. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo, medicamentos de venta libre, servicios basados en el hogar y la comunidad, servicios dentales integrales y audífonos.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted para 2022). Puede verlo por Internet en www.medicare.gov o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2022, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Nuestro plan cubre todos sus beneficios de Medicare y Medicaid sin costo para usted. Disponemos de un paquete de beneficios único e integral, que incluye los beneficios de Medicare (incluidos los medicamentos con receta de la Parte D) y los beneficios de Medicaid, junto con los beneficios suplementarios adicionales que no cubren los programas Medicare y Medicaid comunes. La Tabla de beneficios médicos en esta sección enumera todos estos beneficios en un solo lugar para su conveniencia.
- Si se encuentra dentro del período de 6 meses de elegibilidad considerada continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, es posible que los beneficios que sean solo de Medicaid no estén cubiertos por nuestro plan. Para averiguar si un beneficio es únicamente de Medicaid o para saber si estará cubierto, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la contratapa de este documento. Todos los servicios de Medicare, incluidos los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, seguirán estando cubiertos con un costo compartido de \$0 (sin copagos, coseguros ni deducibles) durante el período de elegibilidad considerada continua.

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

Información importante sobre beneficios para los inscritos con afecciones crónicas:

- Si le diagnostican las afecciones crónicas que se detallan más abajo y cumple determinados criterios, podría ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas.
 - Dependencia crónica al alcohol u otras drogas
 - Los trastornos autoinmunitarios se limitan a los siguientes:
 - Panarteritis nodular
 - Polimialgia reumática
 - Polimiositis
 - Artritis reumatoidea
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Cáncer, excluidas las afecciones precancerosas o localizado
 - Los trastornos cardiovasculares se limitan a los siguientes:
 - Arritmias cardíacas
 - Enfermedad de las arterias coronarias
 - Enfermedad vascular periférica
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Demencia
 - Diabetes mellitus
 - Enfermedad hepática terminal
 - Enfermedad renal terminal (ESRD) que requiere diálisis
 - Los trastornos hematológicos graves se limitan a los siguientes:
 - Anemia aplásica
 - Hemofilia
 - Púrpura trombocitopénica inmunitaria
 - Síndrome mielodisplásico
 - Anemia drepanocítica (excepto rasgo drepanocítico)
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico
 - VIH/SIDA
 - Los trastornos pulmonares crónicos se limitan a los siguientes:
 - Asma
 - Bronquitis crónica
 - Enfisema
 - Fibrosis pulmonar

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

- Hipertensión pulmonar
- Las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes se limitan a las siguientes:
 - Trastornos bipolares
 - Trastornos depresivos graves
- Trastorno paranoide
 - Esquizofrenia
 - Trastorno esquizoafectivo
- Los trastornos neurológicos se limitan a los siguientes:
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
 - Epilepsia
 - Parálisis extendida (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejía)
 - Enfermedad de Huntington
 - Esclerosis múltiple
 - Enfermedad de Parkinson
 - Polineuropatía
 - Estenosis espinal
 - Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular
- Accidentes cerebrovasculares
- Hipertensión
- Hiperlipidemia

Comuníquese con su equipo de atención de Aetna para saber si es elegible para recibir la Tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods. Ellos determinarán su elegibilidad para este beneficio, lo incluirán como parte de su plan de atención y trabajarán con usted para coordinarlo.

Para obtener más información, consulte la fila “Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas” en la Tabla de beneficios médicos más abajo.

No paga ninguno de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura que se describieron anteriormente.

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

 Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para dolor crónico en la región lumbar</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la región lumbar se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquel que tiene una duración de 12 semanas o más. • Aquel que no es específico, es decir, no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • Aquel que no está asociado con una cirugía. • Aquel que no está asociado con un embarazo. <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o empeora.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Requisitos de proveedores:</p> <p>Los médicos (según la definición del artículo [r][1] del Título 1861 de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura conforme a los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (según la definición del artículo [aa][5] del Título 1861 de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y si tienen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM) y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, requerido por nuestras regulaciones en las secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (CFR) 42.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección médica 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. <p>Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia vía aeronave de ala fija.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Examen físico de rutina anual</p> <p>El examen físico de rutina anual es un examen físico exhaustivo que incluye una recopilación de antecedentes médicos y también puede incluir cualquiera de los siguientes: signos vitales, observación del aspecto general, examen de cabeza y cuello, examen de corazón y pulmón, examen abdominal, examen neurológico, examen dermatológico y examen de las extremidades.</p> <p>La cobertura de este beneficio no cubierto por Medicare se agrega a la consulta de bienestar anual cubierta por Medicare y a la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Puede programar su examen físico de rutina anual una vez por año calendario.</p> <p>Los análisis preventivos, las pruebas de detección o las pruebas de diagnóstico que se realicen durante esta consulta dependen de su cobertura de laboratorio y pruebas de diagnóstico. Consulte la sección “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos” para obtener más información.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Cuenta con cobertura una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.</p>
<p>Servicios para el trastorno del espectro autista</p> <p>Para todos los miembros con un diagnóstico de trastorno del espectro autista (ASD), el plan proporcionará análisis conductual aplicado (ABA), servicios y dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa, servicios de integración sensorial (SI), servicios de salud asociados (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla) y servicios basados en el desarrollo de las relaciones, incluidos, entre otros, DIR, DIR Floortime y la terapia de enfoque Greenspan.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (por lo general, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control por año calendario para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 12 meses. 	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) están cubiertos anualmente para todos los miembros de 20 años de edad o más, y más frecuentemente cuando esto es médicamente necesario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres, se aplica lo siguiente: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 12 meses. 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. • Servicios de laboratorio clínico, determinados suministros médicos, equipo médico duradero, órtesis prefabricadas, servicios de fisioterapia y servicios radiológicos de diagnóstico cuando los receta un quiropráctico dentro del ámbito de su práctica médica. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. <p>Dos de cada una de las siguientes evaluaciones por año calendario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba Guaiac de sangre oculta en las heces fecales (gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (FIT). <p>Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años.</p> <p>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>En la cobertura, se incluyen servicios de diagnóstico, prevención, restauración, endodoncia, periodoncia, prótesis, cirugía bucal y maxilofacial, así como otros servicios generales complementarios. Algunos procedimientos pueden requerir autorización previa junto con la documentación de necesidad médica. Se permiten los servicios de ortodoncia para menores y se limitan a la edad. A su vez, solo se aprueban con la documentación correspondiente, relativa a una maloclusión incapacitante o a una necesidad médica.</p> <p>Algunos ejemplos de servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: evaluaciones bucales (exámenes); radiografías y otras imágenes de diagnóstico; limpieza dental (profilaxis); tratamientos tópicos con flúor; empastes; coronas; tratamientos de conducto; raspado y alisado radicular; dentaduras postizas completas y parciales; procedimientos quirúrgicos bucales (que incluyen extracciones), y anestesia o sedación intravenosa (cuando sea médicamente necesaria para realizar procedimientos quirúrgicos bucales).</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y las radiografías necesarias están cubiertos dos veces por año consecutivo.</p> <p>Se pueden considerar procedimientos adicionales de diagnóstico, prevención y periodoncia determinados para los miembros con necesidades especiales de atención médica.</p> <p>Se cubre el tratamiento dental realizado en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio con autorización previa y documentación que respalde la necesidad médica.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles de triglicéridos y colesterol anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. <p>Cubrimos los suministros para la diabetes fabricados por OneTouch/LifeScan.</p> <p>Cubrimos exclusivamente los glucómetros y las tiras reactivas OneTouch/LifeScan.</p> <p>También cubrimos lancetas, soluciones y dispositivos de punción OneTouch/LifeScan.</p> <p>No cubrimos otras marcas de glucómetros y tiras reactivas, a menos que usted o su proveedor soliciten una excepción médica y se la aprueben. No se cubrirán los glucómetros y las tiras reactivas que no sean de LifeScan y que no tengan una excepción médica, o que tengan una excepción médica que no esté aprobada.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Nota: Los glucómetros en continuo (CGM) se consideran equipo médico duradero (DME) y están sujetos a los costos compartidos de DME aplicables.</p> <p>Se requiere autorización previa para más de un glucómetro por año o para más de 100 tiras reactivas cada 30 días.</p> <p>Puede requerirse autorización previa para los zapatos y las plantillas para pacientes diabéticos.</p> <p>La autorización previa es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Servicio de doulas</p> <p>El servicio de doulas está cubierto. Una doula es una profesional capacitada que proporciona apoyo físico, emocional e informativo continuo a la madre durante todo el periodo perinatal. La doula también puede proporcionar apoyo informativo para recursos comunitarios. La doula no sustituye al profesional médico autorizado y no puede realizar tareas clínicas. Antes de iniciar las visitas, un profesional autorizado debe recomendar la atención de la doula.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 11 de este documento, encontrará una definición de “equipo médico duradero”).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en: AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a servicios con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.</p> <p>La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su condición se estabilice, debe recibir la atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT)</p> <p>Para las personas inscritas menores de 21 años, los siguientes servicios están cubiertos: cuidado para el bienestar infantil, exámenes médicos, exámenes de detección y servicios auditivos y de la vista, vacunas, pruebas de detección de plomo y servicios de atención de enfermería privada. La atención de enfermería privada está cubierta para beneficiarios EPSDT elegibles menores de 21 años de edad que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Servicios y suministros de planificación familiar</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen la historia clínica y exámenes físicos (incluidos los de la pelvis y del pecho), pruebas de diagnóstico y de laboratorio, medicamentos y productos biológicos, suministros y dispositivos médicos (incluidos los kits de pruebas de embarazo, condones, diafragmas, inyecciones Depo-Provera y otros suministros y dispositivos anticonceptivos), asesoramiento, supervisión médica continua, continuidad de la atención y asesoramiento genético.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los servicios brindados por proveedores fuera de la red están cubiertos directamente por el pago por servicio de Medicaid.</p>	
<p>Programa de acondicionamiento físico Tiene cubierta la membresía básica en un centro de acondicionamiento físico SilverSneakers® participante.</p> <p>Los kits de acondicionamiento físico para el hogar y las clases en línea también se encuentran disponibles para los miembros que no viven cerca de un club participante o que prefieren ejercitarse en casa. Los miembros pueden solicitar un kit de acondicionamiento físico por año a través de SilverSneakers.</p> <p>Llame a SilverSneakers al 1-888-423-4632 para obtener ayuda. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711 para recibir asistencia).</p> <p>Visite Silversneakers.com para encontrar un centro participante cercano.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea directa de enfermería disponible las 24 horas: hable con un enfermero certificado durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al 1-844-362-0934 (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711 para recibir asistencia). 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Cubrimos los exámenes de audición de rutina, exámenes de audición de diagnóstico y pruebas de equilibrio, exámenes otológicos y para audífonos antes de recetar audífonos, pruebas para ajustar audífonos, exámenes y ajustes de seguimiento, y reparaciones pasada la fecha de garantía.</p> <p>Los audífonos, así como ajustes, y accesorios y suministros relacionados, están cubiertos.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada o auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Tratamiento de infusión en el hogar</p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para llevar a cabo una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulinas), los equipos (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Antes de recibir servicios de infusión en el hogar, un médico debe solicitarlos e incluirlos en su plan de atención.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la prestación del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos para infusión en el hogar que brinde un proveedor calificado para este tipo de tratamiento. 	
<p>Atención en un hospicio</p> <p>Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted será elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare, y no Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), paga los servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Cuidados paliativos a corto plazo • Atención a domicilio <p>También cubrimos ciertos equipos médicos duraderos, como así también asesoramiento espiritual y para el duelo. Para los miembros de menos de 21 años, la atención curativa y los cuidados paliativos están cubiertos.</p> <p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre.</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios incluidos en el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Toda la atención médica que no esté relacionada con su pronóstico terminal estará cubierta normalmente.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta con hospicios una única vez para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicios.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez cada temporada de la influenza, en otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>El calendario de vacunación infantil completo está cubierto para los miembros menores de 21 años.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de tratamiento de desórdenes por abuso de sustancias para pacientes internados. • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en un lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. 	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos. <p>Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. Para consultar la hoja de datos, puede visitar www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamar 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, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.	
<p>Atención de salud mental para pacientes internados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. • El plan cubre servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. • El plan cubre las hospitalizaciones para cuidados agudos de pacientes internados para todos los miembros en un hospital general, independientemente del diagnóstico o tratamiento por el que se los ingresa. • Los servicios brindados en un hospital general, una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos, un centro de atención a corto plazo (STCF) o un hospital de acceso crítico están todos cubiertos. • La desintoxicación médica para pacientes internados (manejo de la abstinencia a cargo de un médico para pacientes internados) está cubierta. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS)</p> <p>El programa de MLTSS brinda servicios en el hogar y en la comunidad a los miembros que requieren el nivel de atención que normalmente se proporciona en un centro de atención de enfermería, y les permite recibir la atención necesaria en un entorno residencial o comunitario. Los servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) incluyen, entre otros, los siguientes servicios: servicios de vida asistida, terapia cognitiva, del habla y ocupacional, fisioterapia, servicios de tareas domésticas, entrega de comidas a domicilio, modificaciones de la residencia (como instalación de rampas o barandas), modificaciones de vehículos, atención social diurna para adultos y transporte no médico. El programa de MLTSS está disponible para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos y financieros.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Beneficio de comidas</p> <p>Después del alta de un hospital de cuidados agudos para pacientes internados, hospital psiquiátrico para pacientes internados o centro de atención de enfermería especializada y del retorno a su hogar, es posible que sea elegible para recibir en su domicilio un máximo de 28 comidas durante un período de 14 días. Una vez que el plan confirme que este beneficio ayudará en su recuperación o a tratar sus afecciones médicas, y que no se trata solo de una cuestión de conveniencia o comodidad, nuestro socio, GA Foods, se pondrá en contacto con usted para acordar el envío.</p> <p>Nota: Las hospitalizaciones para observación no lo hacen elegible para recibir este beneficio.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para las comidas cubiertas.</p>
<p>Atención médica diurna</p> <p>La atención médica diurna cubre servicios preventivos, terapéuticos, de diagnóstico y de rehabilitación bajo la supervisión de médicos y enfermeros en un entorno de atención ambulatoria y se brinda para satisfacer las necesidades de las personas que tienen discapacidades físicas o cognitivas con el fin de apoyar la vida en la comunidad.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Tratamiento médico nutricional</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante cuando el médico así lo indique.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de tratamiento médico nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de tratamiento médico nutricional cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>El MDPP es una intervención estructurada para el cambio conductual de la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos con el fin de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos, se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su casa, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. 	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>El siguiente enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B, que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado:</p> <p>AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp/providers/prior-authorization.html</p> <p>También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para las recetas.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p> Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento del consumo de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con un trastorno por el consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura para tratar dicho trastorno mediante un Programa de tratamiento de opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT). • Suministro y administración de los medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento para desórdenes por el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal. • Análisis de toxicología. • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se ofrecen para determinar si usted necesita que lo ingresen como paciente internado o si le pueden dar el alta.</p> <p>Para que se cubran servicios de observación hospitalaria para pacientes externos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se ofrecen a través de la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los reglamentos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes externos.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”... Para consultar esta hoja de datos, puede visitar www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamar 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, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención.• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.• Suministros médicos como entablillados y yesos.• Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. <p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. Para consultar esta hoja de datos, puede visitar www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamar 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, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Atención de salud mental para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p> <p>Los servicios provistos por una Red de practicantes independientes (IPN) (psiquiatras, psicólogos o APN) también están cubiertos.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Además, el plan cubre los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación de salud mental para adultos (en apartamentos y hogares grupales supervisados) • Salud mental como paciente externo (servicios hospitalarios o clínicos) • Atención parcial y administración de medicamentos <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de tratamiento como paciente externo para desórdenes por el consumo de sustancias</p> <p>El plan cubre pruebas de detección de desórdenes por abuso de sustancias, remisiones, medicamentos con receta y tratamientos para afecciones. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desintoxicación no médica/manejo de la abstinencia no basado en un hospital • Servicios residenciales de asesoramiento a corto plazo para desórdenes por el consumo de sustancias • Tratamiento ambulatorio de la abstinencia con control extendido en el lugar/desintoxicación ambulatoria • Atención parcial para desórdenes por el consumo de sustancias • Cuidados intensivos como paciente externo para desórdenes por el consumo de sustancias • Atención como paciente externo para desórdenes por el consumo de sustancias • Servicios de tratamiento con opioides (tratamiento asistido por medicamentos a base de metadona) • Servicios de tratamiento con opioides (tratamiento asistido por medicamentos que no son a base de metadona) • Servicios de apoyo para la recuperación entre pares (PRSS) 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Productos de venta libre (OTC)</p> <p>Pagamos hasta \$315 trimestralmente para la compra de productos de venta libre (OTC) cubiertos. Puede solicitar productos del catálogo de productos OTC, siempre y cuando el precio total de la compra sea igual o inferior a \$315.</p> <p>Este plan cuenta con una asignación trimestral para medicamentos y suministros de OTC. Para obtener una lista completa de los productos cubiertos, consulte el catálogo de OTC.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para los productos de OTC cubiertos.</p> <p>Este beneficio incluye ciertas terapias de reemplazo de la nicotina.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Puede hacer tres pedidos como máximo por trimestre, con un límite de nueve (9) productos similares por trimestre (cada tres meses), a excepción de tensiómetros y pastillero con recordatorios de alerta, que tienen un límite de uno por año. Los pedidos no pueden superar su asignación trimestral. La asignación no utilizada no se transferirá al trimestre siguiente.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los pedidos totales no pueden superar su asignación trimestral para OTC. • Se aplican los límites de OTC a todos los pedidos, incluidas las transacciones en la tienda/minoristas, cuando estén disponibles. • No se permiten los reembolsos para este beneficio. Las compras de productos fuera del beneficio no están cubiertas ni son reembolsables. Los miembros no pueden enviar por correo postal su pedido de OTC al Departamento de Servicios para Miembros. • Pueden aplicarse límites de cantidad en productos seleccionados. 	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Proveedor de OTC: OTC Health Solutions</p> <p>Podrá pedir los productos por teléfono al 1-833-331-1573 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 08:00 p. m., hora local (excepto Hawái), o en línea en cvs.com/otchs/myorder para que se los envíen a su domicilio. Puede hacer pedidos en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana (24/7). Los productos solicitados son solo para los inscritos.</p> <p>También podrá obtener los productos en las sucursales minoristas de CVS participantes y seleccionadas al presentar su tarjeta de identificación de miembro en la caja. Puede usar el localizador de tiendas en cvs.com/otchs/myorder/storelocator para saber si hay una tienda participante cerca de usted.</p>	
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Asistencia de atención personal (PCA) Cubre las tareas relacionadas con la salud realizadas por una persona calificada en el hogar del beneficiario, bajo la supervisión de un enfermero profesional registrado, según lo establecido por un médico conforme al plan de atención escrito del beneficiario.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Sistema personal de respuesta para emergencias Cubrimos el sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias que le proporciona acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir ayuda en caso de emergencia. Este beneficio incluye el equipo (particular o móvil con GPS), envío, cumplimiento, monitoreo y el Departamento de Servicios para Miembros. Puede llamar a LifeStation al número gratuito para inscribirse: 1-855-798-9948.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.• Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes:<ul style="list-style-type: none">○ Servicios de médicos de atención primaria○ Servicios médicos especializados○ Servicios de salud mental (sesiones individuales)○ Servicios de salud mental (sesiones grupales)○ Servicios psiquiátricos (sesiones individuales)○ Servicios psiquiátricos (sesiones grupales)○ Servicios de urgencia○ La cobertura de telesalud descrita arriba es complementaria a los servicios de telesalud que se describen a continuación.	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none">○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe recurrir a un proveedor de la red que ofrezca los servicios por este medio.• Los miembros deben comunicarse con su médico para obtener más información sobre qué servicios de telesalud ofrece y cómo programar una consulta de telesalud. Según la ubicación, los miembros también tienen la opción de programar una visita de telemedicina durante las 24 horas del día y los 7 días de la semana mediante Teladoc, MinuteClinic Video Visit u otro proveedor que ofrezca servicios de telemedicina que estén cubiertos por su plan. Los miembros pueden acceder a Teladoc en Teladoc.com/Aetna o llamando al 1-855-TELADOC (1-855-835-2362) (TTY: 711). Los miembros pueden consultar si las videoconsultas de MinuteClinic están disponibles en su área en CVS.com/MinuteClinic/virtual-care/videovisit.	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o especialista para pacientes en ciertas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare.• Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros que se realizan diálisis en el hogar, en una clínica para diálisis renal de un hospital o de un hospital con acceso crítico, centro para diálisis renal o el hogar del miembro.• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de la ubicación.• Los servicios de telesalud para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de la ubicación.• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos.• Evaluación del video o las imágenes que envía a su médico y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas.	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. • Exámenes de rutina • Calzado terapéutico o plantillas para aquellas personas con casos graves de pie diabético, y exámenes para adaptar dicho calzado o plantillas. 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de enfermería privada Cubiertos para beneficiarios elegibles menores de 21 años de edad que viven en la comunidad y cuya afección médica y plan de tratamiento justifican la necesidad. Están cubiertos para MLTSS para cualquier edad.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más (y para los hombres de 40 años o más con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otros factores de riesgo), los servicios cubiertos incluyen, una vez cada 12 meses, los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol Cubrimos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes.</p> <p>Si el resultado de la prueba de detección de consumo excesivo de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol cubiertos por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los miembros elegibles son los siguientes: personas de entre 55 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 30 paquetes por año y que fuman actualmente, que han dejado de fumar en el plazo de los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y que fue realizada por un médico o especialista no médico calificado.</p> <p><i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT: el miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si el médico o profesional no médico calificado decide ofrecer una consulta de asesoramiento y toma de decisión compartida sobre la detección de cáncer de pulmón para futuras pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</i></p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de alta intensidad de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	
<p>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 11 de este documento, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”. Los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse “SNF”).</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).• Comidas, incluidas dietas especiales.• Servicios de enfermería especializada.• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).• Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.• Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF.• Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF.• Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF.• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF.• Servicios de médicos o profesionales.	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda recibir atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada).• Un centro de atención de enfermería especializada donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.• La atención a largo plazo (cuidado asistencial) en un centro de atención de enfermería está cubierta para aquellas personas que cumplen los requisitos de atención a nivel de un centro de atención de enfermería. <p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos instancias de asesoramiento para intentar dejar el tabaco dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos instancias de asesoramiento para intentar dejar de fumar dentro de un período de 12 meses. Cada tentativa de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.</p> <p>El plan también cubre productos de venta libre (OTC) para dejar de fumar, incluidos los chicles de nicotina, las grageas de nicotina y los parches de nicotina.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</p> <p>Tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods:</p> <p>Si le diagnostican una afección crónica médicamente compleja, incluidas las indicadas más abajo, podría ser elegible para recibir una Tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods. La Tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods es una tarjeta de beneficios con una asignación para comprar alimentos y productos saludables y nutritivos. Los productos aprobados pueden comprarse en ubicaciones aprobadas para ayudarles a los miembros a mantener una dieta saludable que satisfaga sus necesidades nutricionales.</p> <p>Si es elegible para este beneficio, recibirá \$150 por trimestre. La tarjeta de beneficios se le enviará por correo directamente y se recargará al inicio de cada trimestre. La asignación no utilizada no se transferirá al trimestre siguiente.</p> <p>Comuníquese con su equipo de atención de Aetna para saber si es elegible para recibir la Tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods. Ellos determinarán su elegibilidad para este beneficio, lo incluirán como parte de su plan de atención y trabajarán con usted para coordinarlo.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Afecciones crónicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia crónica al alcohol u otras drogas • Los trastornos autoinmunitarios se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Panarteritis nodular ◦ Polimialgia reumática ◦ Polimiositis ◦ Artritis reumatoidea ◦ Lupus eritematoso sistémico • Cáncer, excluidas las afecciones precancerosas o localizado • Los trastornos cardiovasculares se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Arritmias cardíacas ◦ Enfermedad de las arterias coronarias ◦ Enfermedad vascular periférica ◦ Trastorno tromboembólico venoso crónico • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes mellitus • Enfermedad hepática terminal • Enfermedad renal terminal (ESRD) que requiere diálisis • Los trastornos hematológicos graves se limitan a los siguientes: 	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ○ Anemia aplásica ○ Hemofilia ○ Púrpura trombocitopénica inmunitaria ○ Síndrome mielodisplásico ○ Anemia drepanocítica (excepto rasgo drepanocítico) ○ Trastorno tromboembólico venoso crónico • VIH/SIDA • Los trastornos pulmonares crónicos se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Asma ○ Bronquitis crónica ○ Enfisema ○ Fibrosis pulmonar ○ Hipertensión pulmonar • Las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes se limitan a las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Trastornos bipolares ○ Trastornos depresivos graves ○ Trastorno paranoide ○ Esquizofrenia ○ Trastorno esquizoafectivo • Los trastornos neurológicos se limitan a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Esclerosis lateral amiotrófica (ALS) ○ Epilepsia ○ Parálisis extendida (es decir, hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía) 	

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermedad de Huntington ○ Esclerosis múltiple ○ Enfermedad de Parkinson ○ Polineuropatía ○ Estenosis espinal ○ Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular • Accidentes cerebrovasculares • Hipertensión • Hiperlipidemia 	
<p>Tratamiento de ejercicios supervisados (SET)</p> <p>El tratamiento de ejercicios supervisados (SET) está cubierto para miembros que tengan enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y tengan una remisión para la PAD del médico responsable del tratamiento de la enfermedad.</p> <p>La cobertura incluye hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, siempre y cuando se cumplan los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe tener las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir sesiones de entre 30 y 60 minutos, compuestas por un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico. • Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico especialista capacitado tanto en técnicas de reanimación básicas como avanzadas. <p>El programa de SET se debe llevar a cabo en 36 sesiones, durante 12 semanas, con la posibilidad de extender el tratamiento por 36 sesiones durante un período prolongado si el proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p>	
<p>Servicios de transporte (para casos que no sean de emergencia)</p> <p>El transporte que no sea de emergencia, como los vehículos de asistencia con la movilidad (MAV), ambulancia de soporte vital básico (BLS) que no sea de emergencia (camilla) y servicios de transporte de vehículos de alquiler (como pasajes o pases de autobús y tren o servicios de vehículos y reembolso de millas), está cubierto directamente por el pago por servicio de Medicaid.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Todo el transporte que no sea de emergencia se organiza a través de Modivcare, el proveedor de transporte del estado. Para programar el transporte, llame a Modivcare al 1-866-527-9933. También puede pedirle a su PCP o a su administrador de atención que le ayuden a coordinar este servicio. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934, (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata.</p> <p>Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.</p> <p>Los servicios de urgencia están cubiertos en todo el mundo.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluidos un examen completo de la vista al año y el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. Todos los demás miembros de 35 años de edad o más tienen una prueba de detección de glaucoma cubierta cada cinco años. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. 	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).• Los servicios de optometristas y aparatos ópticos, incluidos ojos artificiales, dispositivos para visión reducida, dispositivos de entrenamiento de la vista y lentes intraoculares, están cubiertos.• Las lentes y monturas de reemplazo (o lentes de contacto) están cubiertas una vez cada 24 meses para beneficiarios de 19 a 59 años, y una vez al año para las personas de 18 años o menos y para aquellas de 60 años o más.	<p>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)?

Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) (exclusiones)
-------------	---

En esta sección se describen los servicios “excluidos”. El término “excluido” significa que el plan no brinda cobertura para estos servicios.

La tabla detallada que se encuentra a continuación describe algunos servicios y productos que no están cubiertos por el plan bajo algunas circunstancias o que están cubiertos por el plan solo en determinadas circunstancias específicas.

No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. La única excepción es: pagaremos si un servicio de la tabla a

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

continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 8 de este documento).

Todas las exclusiones y limitaciones de servicios se describen en la tabla de beneficios médicos o en la tabla a continuación.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p style="text-align: center;">Con cobertura</p>
Cirugía o procedimientos estéticos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
<p>El cuidado asistencial es la atención brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o de enfermería especializada.</p> <p>El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubierto por el plan para aquellos miembros que cumplen los requisitos de atención a nivel de un centro de atención de enfermería.</p>
<p>Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <p>Productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan.</p> <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.		✓ La atención de enfermería privada está cubierta para los miembros que cuenten con servicios de detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) o servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS).
Entrega de comidas a domicilio.		✓ Nuestro plan proporciona cierto grado de cobertura para la entrega de comidas a domicilio, como se describe en la <i>Tabla de beneficios médicos</i> . Se cubre la entrega de comidas a domicilio para miembros con MLTSS.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.		✓ También se cubren los servicios de tareas domésticas para los miembros con MLTSS.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención dental que no es de rutina.		✓ Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos.		✓ Se cubren si los zapatos forman parte de una pierna ortopédica y se incluyen en el costo de la pierna, o si los zapatos son para una persona que padece pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	✓	
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención de quiropráctica de rutina.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.</p> <p>La cobertura del plan incluye servicios como servicios de laboratorio clínico, determinados suministros médicos, equipo médico duradero, órtesis prefabricadas, servicios de fisioterapia y servicios radiológicos de diagnóstico cuando los receta un quiropráctico dentro del ámbito de su práctica médica.</p>
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>El plan proporciona una cobertura integral para los servicios dentales, incluida la atención dental de rutina como limpiezas, empastes y dentaduras postizas.</p>

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contactos) para personas después de una cirugía de cataratas. También se cubren otros servicios y pruebas de detección.</p>
Cuidado de rutina de los pies.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se proporciona cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).</p> <p>El plan también cubre exámenes de rutina.</p>
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para la colocación de audífonos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>El plan provee cobertura para exámenes auditivos de rutina, audífonos y exámenes para la colocación de audífonos.</p>
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Dispositivos de apoyo para los pies.		<p style="text-align: center;">✓</p> Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.

Capítulo 5

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 5. **Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	141
Sección 1.1	En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D	141
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D	142
SECCIÓN 2	Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	143
Sección 2.1	Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red	143
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red	143
Sección 2.3	Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan.....	144
Sección 2.4	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	146
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan?	147
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan.....	148
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.....	148
Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?.....	149
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	149
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	149
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	150
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....	151
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	152
Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera	152
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?	152

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?	154
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año.....	154
Sección 6.2	¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura de un medicamento que está tomando?	155
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?.....	157
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	157
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta.....	158
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de miembro del plan.....	158
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?	158
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	159
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?	159
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?	159
Sección 9.3	¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?.....	160
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos.....	161
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura	161
Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides.....	161
Sección 10.3	Manejo del tratamiento farmacológico (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	162
SECCIÓN 11	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos....	163
Sección 11.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”).....	163
Sección 11.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos.....	164

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D



¿Cómo obtener información sobre los costos de los medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, cumple los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. Dado que usted participa en el programa “Ayuda adicional”, **hay información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D en esta Evidencia de cobertura que no se aplica a su caso.**

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.**

Además de la cobertura para los medicamentos de la Parte D, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) también cubre algunos medicamentos en virtud de los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan por lo general cubre los medicamentos administrados durante las estadias cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto), se detallan los beneficios y costos de los medicamentos durante la estadia cubierta en un hospital o centro de atención de enfermería especializada, así como también los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas, y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). Para obtener información sobre la cobertura de hospicios, consulte la sección sobre hospicios del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto]*).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Las siguientes secciones son sobre la cobertura de sus medicamentos en virtud de las normas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de NJ FamilyCare (Medicaid) cubren algunos medicamentos con receta. En la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* se indica cómo obtener información sobre la cobertura para los medicamentos de Medicaid.

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga las siguientes normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona que emite recetas) que escriba su receta.
- La persona que le da la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que demuestre que está calificada para emitir recetas. De lo contrario, se denegará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que la llame o la visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que a la persona que le da la receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con 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 (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

Cómo encuentra una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web ([AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/find-provider)) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si estaba usando una farmacia de la red, pero ha cambiado y tiene que volver a obtener un medicamento que estaba tomando, puede pedirle al médico que le extienda una nueva receta o que se transfiera su receta a la nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/find-provider).

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas, se incluyen las siguientes:

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud Indígena (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de “pedido por correo”** en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un **suministro de 100 días como máximo**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos por correo, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 10 días como máximo. En la situación poco probable de que haya una demora significativa en

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

el envío de su medicamento con receta de pedido por correo, nuestro servicio de pedido por correo trabajará con usted y una farmacia de la red para brindarle el suministro temporal de sus medicamentos con receta de pedido por correo.

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si usted realizó lo siguiente:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento al llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de pedido por correo o decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para determinar si desea que el medicamento se surta y envíe inmediatamente. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (incluidas la concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Para dejar de recibir las entregas automáticas de nuevas recetas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. De acuerdo con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que está cerca de quedarse sin su medicamento. La farmacia

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado. Si no desea utilizar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia con 15 días de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene disponibles se le acabarán para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted; para ello, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la lista de medicamentos de nuestro plan (para los niveles de 1 a 4). (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada). Usted puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de proveedores y farmacias* se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos para el mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el **servicio de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de “pedido por correo”** en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de 100 días como máximo. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan?

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para brindarle ayuda, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento con receta cubierto de forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red que atienda las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
- Si intenta obtener un medicamento con receta que habitualmente no está en el inventario de una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia que brinde servicios de pedido por correo (estos medicamentos con receta incluyen medicamentos huérfanos u otros medicamentos de una especialidad farmacéutica).
- Si viaja fuera del área de servicio (dentro de los Estados Unidos) y se le acaban los medicamentos, los pierde o se enferma y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si recibe un medicamento con receta de la Parte D de una farmacia institucional fuera de la red, mientras se encuentra en una sala de emergencias, una clínica de un proveedor, una clínica de cirugía para pacientes externos o en otro entorno para pacientes externos.
- Si no ha recibido su medicamento con receta durante una declaración de desastre estatal o federal u otra declaración de salud pública de emergencia en la que ha sido evacuado o, de otro modo, trasladado fuera de su área de servicio o lugar de residencia.

Si debe acudir a una farmacia fuera de la red por cualquiera de las razones enumeradas anteriormente, el plan cubrirá un suministro de medicamentos para 10 días como máximo.

En estos casos, **primero consulte con el Departamento de Servicios para Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total en el momento en que surte su receta. Puede solicitarnos un reembolso. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

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

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

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente, en la Sección 1.1 de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, los beneficios de NJ FamilyCare (Medicaid) cubren algunos medicamentos con receta. La Lista de medicamentos incluye información sobre sus medicamentos cubiertos por Medicaid.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso del medicamento que cumpla con *el siguiente requisito*:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir que la FDA aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).
- *O bien*, esté respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre medicamentos del Servicio de Formulario del Hospital Americano) y el sistema de información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero generalmente cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

¿Lo que *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.

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

Hay tres formas de averiguarlo e incluyen lo siguiente:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan ([AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey/hmosnp/drug-formulary)). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?
-------------	---

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual le ayuda a mantener la cobertura de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y eficaz. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarle a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y el costo compartido de los medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 8).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.**

Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si el proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico o nos ha informado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le harán efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca.

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa**”. A veces, el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A cuesta menos, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **“tratamiento escalonado”**.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?
-------------	--

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) o visite nuestro sitio web ([AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 8).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?**

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Esperamos que su cobertura para medicamentos funcione bien para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta que esté tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, y que no está en nuestro formulario o está en el formulario con ciertas restricciones. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O, tal vez, una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, le podrían pedir que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar. También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera.

- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

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

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). De este modo, usted y su proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

1. El cambio en su cobertura para medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan**.
- O bien, el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted fuera nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estuvo en el plan el año anterior**. Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Miembros que han sido parte del plan durante más de 90 días y son residentes en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es adicional a la situación del suministro temporal que se indicó anteriormente.

- Si experimenta un cambio en su entorno de atención (por ejemplo, recibe el alta o ingresa en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar una anulación de la receta por única vez. Esta anulación por única vez le brindará un suministro temporal (al menos un suministro de 30 días) de los medicamentos correspondientes.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Para pedir un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Durante el tiempo en el que está obteniendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O bien, puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 8 indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare ha fijado para asegurar que su solicitud se tramite de forma oportuna e imparcial.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año
-------------	---

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría realizar lo siguiente:

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizás el gobierno haya autorizado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O bien, podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2	¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura de un medicamento que está tomando?
-------------	--

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos los momentos en que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?

Hay cambios que pueden afectarlo este año. Usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año actual en los siguientes casos:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero agregar inmediatamente nuevas restricciones.
 - Es posible que no le informemos antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).
- Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, algún medicamento debe retirarse del mercado repentinamente porque se descubre que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos sobre este cambio de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podríamos realizar cambios según las advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso con al menos 30 días de anticipación para informar el cambio o darle un aviso sobre el cambio y un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
 - O bien, usted y la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: En el caso de los cambios a la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si en la actualidad toma el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si tiene lugar alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que usted toma (pero no debido a un retiro del mercado, al reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ninguna restricción adicional con respecto a su uso del medicamento. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año y es importante consultar la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que ni Medicare ni Medicaid pagarán por estos medicamentos.

No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. Hay una única excepción: que se determine en una apelación que el medicamento solicitado no es un medicamento excluido de la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 8 de este documento). Si el medicamento está excluido, deberá pagarlo.

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
 - Generalmente, la cobertura para “Uso para una indicación no autorizada” solo se permite cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por alguno de estas referencias, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso para una indicación no autorizada”.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se detallan más abajo no están cubiertas por Medicare ni Medicaid.

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta

Sección 8.1	Muestre su tarjeta de miembro del plan
-------------	--

Para obtener su medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red facturará al plan de forma automática por el medicamento con receta cubierto.

Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?
-------------	--

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Puede **solicitar** que le reembolsemos.

Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?
-------------	---

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una hospitalización que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la hospitalización. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos.

Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?
-------------	---

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un suministro máximo de 31 días, o menos si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Si ha estado inscrito en el plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o si el plan ha impuesto algún tipo de restricción respecto de la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, o menos si su receta está indicada para menos días.

Durante el tiempo en el que está obteniendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 8 indica qué hacer.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere de un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona que le emite la receta o por su hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que deberían ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que le proporcione el medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que le den de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección, en las que se definen las normas para obtener cobertura para los medicamentos de la Parte D.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos**

Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura
--------------	--

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides
--------------	--

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de forma segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que, con frecuencia, se usan de manera indebida. Este programa se denomina Programa de administración de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con sus médicos, decidimos que el uso de los medicamentos opioides o

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

las benzodiazepinas con receta no es seguro para usted, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en determinadas farmacias.
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si consideramos que una o más de estas limitaciones se deben aplicar a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta incluirá información que explicará las limitaciones que creemos que deben aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que confirmaremos la limitación. Si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de usar indebidamente los medicamentos con receta con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a solicitar una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos denegándole alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 8.

Es posible que el DMP no se aplique a su caso si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos, atención para el fin de la vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Manejo del tratamiento farmacológico (MTM) y otros programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
--------------	--

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron los programas para nosotros. Los programas pueden ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas o están en un DMP para ayudarlos a usar los opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es una buena idea programar una revisión de los medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos

Sección 11.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)
--------------	--

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta cuando surte o resurte sus recetas en la farmacia. En particular, llevamos un registro de lo siguiente:

- Llevamos un registro de sus **“costos totales de los medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Nuestro plan preparará un resumen por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (en ocasiones, se denomina “EOB de la Parte D”) cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma. La Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** En esta información, se mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio en el porcentaje desde que se obtiene el primer suministro para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos menores para cada reclamación de medicamentos con receta que pueda estar disponible.

Sección 11.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos
--------------	--

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos acerca de las recetas que está surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que surta su receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague por el costo del medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este documento). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

Capítulo 6

*Cómo solicitarnos que paguemos una factura
que usted recibió en concepto de servicios
médicos o medicamentos cubiertos*

Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos.....	168
Sección 1.1	Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso.....	168
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibí.....	170
Sección 2.1	Cómo y adónde debe enviarnos su solicitud de pago	170
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	171
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento	171
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación.....	172

Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos**

Sección 1.1	Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso
-------------	---

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos, usted no debe recibir una factura por los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos la factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado por un servicio o producto de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (por lo general, la acción de devolver el dinero se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando recibe atención de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red de servicios, debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.

Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si ya pagó por el servicio, se lo reembolsaremos.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Pero, a veces, cometen errores y le piden que pague por los servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenla junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho. Debe pedirnos que le reembolsemos por los servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos. Deberá enviarnos la documentación correspondiente para el reembolso. Para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (Solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

5. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar

Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

usted mismo el costo total de la receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total de la receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle el costo del medicamento.

Cuando nos envía una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si se debe cubrir el servicio o medicamento. A esto se lo denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos por el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 8 de este documento (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Sección 2.1	Cómo y adónde debe enviarnos su solicitud de pago
-------------	---

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web ([AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp)) o llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida el formulario. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Para reclamaciones médicas: Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
7400 W Campus Rd
New Albany, OH 43054

Debe presentarnos sus reclamaciones médicas dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, producto o medicamento de la Parte B.

Para reclamaciones de medicamentos con receta de la Parte D: Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)
PO Box 52446
Phoenix, AZ 85072-2446

Debe presentarnos sus reclamaciones de medicamentos con receta de la Parte D dentro de los 36 meses a partir de la fecha en que recibió el medicamento de la Parte D.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). Si recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento
-------------	--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione 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 que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos por el servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).

Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica o el medicamento, o si usted *no* cumplió todas las normas, no pagaremos la atención o el medicamento. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación
-------------	---

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 8 de este documento (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si presentar una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 5 del Capítulo 8. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones, y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 5, puede pasar a la Sección del Capítulo 8, que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 6.3 del Capítulo 8.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 7.5 del Capítulo 8.

Capítulo 7

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	175
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas además de español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).....	175
Section 1.1	We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.).....	175
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	176
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud.....	176
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos	178
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	179
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar reclamos y a pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado.....	181
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?	182
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	182
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	183
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	183

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan**

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas además de español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)
-------------	--

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan español. Muchos documentos también están disponibles en español.

También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte de atrás de este documento. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. Encontrará la información de contacto en esta *Evidencia de cobertura* o en este correo. También, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información adicional.

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
-------------	---

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. Many documents are also available in Spanish.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services number on the back of this booklet. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this *Evidence of Coverage* or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
-------------	---

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (en el Capítulo 3 se presenta una explicación más amplia). Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). No requerimos que obtenga una remisión para consultar con los proveedores de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un tiempo razonable, la Sección 11 del Capítulo 8 de este documento le indica qué puede hacer. (Si hemos denegado la cobertura de su atención médica o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 5 del Capítulo 8 le indica qué puede hacer).

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud
-------------	--

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la 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.

- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
 - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos**

Como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la calificación por estrellas del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - Para obtener información más detallada sobre los proveedores, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) o visitar nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://www.AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp).
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este documento, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
 - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 5 de este documento y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En este capítulo, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se describe qué medicamentos están cubiertos y se explican las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

- Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono).
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
 - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 8 de este documento. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 8 también explica cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
 - Si quiere pedirle a nuestro plan que pague una factura que recibió en concepto de atención médica o de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 6 de este documento.

Sección 1.5**Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención****Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica**

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.

- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le deniega la cobertura para su atención.** Tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha denegado la atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 8 de este documento indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **“instrucciones anticipadas”**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados **“testamento vital”** y **“poder de representación para las decisiones de atención médica”** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones, debe realizar lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirles un formulario a su abogado o al asistente social, o puede conseguir uno en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como aquella que tome las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar un reclamo ante la agencia estatal que supervisa las instrucciones anticipadas. Para encontrar la agencia adecuada en su estado, comuníquese con su SHIP. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2.

Sección 1.6

Usted tiene derecho a presentar reclamos y a pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 8 de este documento le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y reclamos. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar un reclamo. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?
-------------	---

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a cuestiones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando, como la siguiente:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, vaya a la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos
-------------	---

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos, como los siguientes:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, vaya a la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?**

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se detalla a continuación. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este documento sobre la *Evidencia de cobertura*, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluyendo lo que está cubierto, lo que no está cubierto y las normas por seguir.
 - El Capítulo 5 incluye más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).
 - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid) para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina **“coordinación de beneficios”** porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).

- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcíóneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Con el fin de ser elegible para nuestro plan, debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para los miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), NJ FamilyCare (Medicaid) paga la prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y la prima de la Parte B.
 - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 8 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que

Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades

puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su área nueva. Podemos averiguar si contamos con algún plan en el área nueva.

- **Incluso si se muda *dentro del área de servicio*, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono y el horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo postal, consulte el Capítulo 2.

Capítulo 8

Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

SECCIÓN 1	Introducción	190
Sección 1.1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	190
Sección 1.2	Acerca de los términos legales	190
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales no relacionadas con nosotros	191
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	191
SECCIÓN 3	Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medicaid de nuestro plan.....	192
PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS		192
SECCIÓN 4	Decisiones de cobertura y apelaciones	192
Sección 4.1	¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar un reclamo?	192
SECCIÓN 5	Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	193
Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general.....	193
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación.....	195
Sección 5.3	¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?	196
SECCIÓN 6	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	197
Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos su atención médica	197
Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)	199

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan).....	203
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2	207
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido en concepto de atención médica?.....	213
SECCIÓN 7	Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	214
Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D.....	215
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	217
Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber acerca del pedido de excepciones.....	218
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	219
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan).....	222
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2	226
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	228
Sección 8.1	Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le explicarán sus derechos	229
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital	230
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital	234
Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?	235

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

SECCIÓN 9	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto	238
Sección 9.1	Esta sección solo trata acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)	238
Sección 9.2	Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura	239
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo	240
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo	242
Sección 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?	244
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	247
Sección 10.1	Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	247
Sección 10.2	Apelaciones adicionales de Medicaid	248
Sección 10.3	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D... ..	248
SECCIÓN 11	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	250
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?	250
Sección 11.2	El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”	252
Sección 11.3	Paso a paso: Presentación de un reclamo	252
Sección 11.4	También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad	255
Sección 11.5	También puede informarle a Medicare y Medicaid acerca de su reclamo	255

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende del tipo de problema al que se enfrente:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamos**.

Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? La **Sección 3** le ayudará a identificar el proceso correcto para seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar un reclamo” en lugar de “interponer una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación integrada de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que usted sepa los términos legales correspondientes para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión cuando trate un problema y a obtener la ayuda o la información correctas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales no relacionadas con nosotros****Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada**

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Para obtener información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con NJ FamilyCare (Medicaid), llamando al 1-800-356-1561 (TTY: 711) o visitando el sitio web de NJ FamilyCare (Medicaid) en www.state.nj.us/humanservices/dmahs/.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 3 Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medicaid de nuestro plan

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto a veces se denomina “proceso integrado”, porque combina o integra procesos de Medicare y Medicaid.

En ocasiones, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En dichas situaciones, usted utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un proceso cubierto por Medicaid. Se explican estas situaciones en la **Sección 6.4** de este capítulo, “Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2”.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O desea presentar un reclamo?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La información que figura a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta en este capítulo si tiene problemas o reclamos sobre **los beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre los beneficios de **Medicare o Medicaid**, utilice la siguiente tabla:

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, “Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

SECCIÓN 5 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general
-------------	---

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura de sus servicios médicos y medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él/ella o si su médico de la red lo remite a un especialista.

Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, **si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.** En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no están cubiertos o que ya no tienen cobertura de Medicare ni Medicaid para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión rápida de cobertura” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización independiente que no está conectada con nuestro plan.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo comunicaremos.
- En otras situaciones, usted deberá pedirnos una apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 5.2** **Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación**

¿Desea algún tipo de ayuda? Entre los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión, se encuentran los siguientes:

- Puede **llamarnos al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la **Sección 2** de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud por usted.**
 - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Si su médico u otro proveedor de atención médica solicita que un servicio o producto que ya está recibiendo continúe durante su apelación, **puede** ser necesario que nombre a su médico o a otra persona autorizada a emitir recetas como su representante para que actúe en su nombre.
 - Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, **debe** nombrar al médico como su representante para que actúe en su nombre.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben ser designados como sus representantes.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante”, con el fin de solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
 - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor de atención médica, u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) y pida el formulario “Nombramiento 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 o en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 5.3	¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?
-------------	--

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto”. (Esta sección se aplica solo a estos servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales, como su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) (en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento, se encuentran los números de teléfono para este programa).

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

¿Leyó la Sección 5 de este capítulo, “Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos su atención médica
-------------	---

En esta sección, se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”. El término “atención médica” incluye productos y servicios médicos, y los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas para la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En estos casos, le explicaremos cómo las normas de los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las normas para los productos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desean brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención.
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo (y que estaban cubiertos anteriormente) se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.
 - **NOTA: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes**

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

externos (CORF), debe leer otra sección dentro de este capítulo, ya que se aplican normas especiales para estos tipos de atención. En tales situaciones, debe leer lo siguiente:

- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto”. Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).
- Para **todas las demás situaciones** donde se le haya dicho que la atención médica recibida hasta el momento será suspendida, use esta sección (**Sección 6**) para saber qué tiene que hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Puede realizar lo siguiente:
Averiguar si vamos a cubrir la atención médica que quiere.	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, Sección 6.2 .
Si ya le comunicamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la Sección 6.3 de este capítulo.
Si le dijimos que interrumpiríamos la cobertura o reduciríamos un servicio médico que recibe actualmente.	Es posible que pueda quedarse con dichos productos o servicios durante la apelación. Vaya a la Sección 6.3 de este capítulo.
Si desea pedirle a nuestro plan que le reembolse la atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Vaya a la Sección 6.5 de este capítulo.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **“determinación integrada de la organización”**.

Paso 1: Le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”.

Términos legales

Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una **“determinación integrada acelerada”**.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener los detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *“Cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica”*.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **La decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en el plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud **de un producto o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, **le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

- Para una solicitud de un **producto o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.**
 - Para una solicitud de un **producto o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si observamos que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión rápida de cobertura **solo** si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que **aún no ha recibido**. (No puede pedir una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya ha recibido).
 - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo** si la vía de plazos estándares pudiera **poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional**.
- **Si su médico le dice que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
- En esta carta le informaremos que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
- En la carta, también se le explicará cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos límite para una decisión “rápida” de cobertura

- Normalmente, para una decisión rápida de cobertura sobre una solicitud de un producto o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **en un plazo de 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período) o en 24 horas si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Plazos límite para una “decisión estándar de cobertura”

- Normalmente, para una decisión estándar de cobertura sobre una solicitud de un producto o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en el plazo de 72 horas** de haber recibido su solicitud.
 - En caso de una solicitud de un servicio o producto médicos, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“una extensión del plazo”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o en 72 horas si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B, usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección **6.3** a continuación).

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una “reconsideración integrada” del plan.

Paso 1: Nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “*Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*”.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud.** También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, “Cómo ponerse en contacto con nuestro plan para presentar una apelación sobre su atención médica”.
 - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicitan que un servicio o producto que ya está recibiendo se continúe durante su apelación, es posible que deba asignar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas como sus representantes para que puedan tomar decisiones por usted. Para obtener el formulario, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono) y solicite el formulario de “Nombramiento de un representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

(nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a solicitar que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, *“Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica”*.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, explique la razón de la tardanza al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales

Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración integrada acelerada”**.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si le informamos que interrumpiríamos la cobertura o reduciríamos los productos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda quedarse con dichos productos o servicios durante la apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o producto que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio o producto si presenta una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha del sello postal en nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que suceda después.
- Si cumple este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o producto sin cambios mientras esté pendiente su apelación de Nivel 1. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o productos (que no estén sujetos a su apelación) sin cambios.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos límite para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta sobre su solicitud de un producto o servicio médico **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le daremos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).
 - Si no le damos una respuesta para el plazo aplicable indicado (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales para la solicitud de un producto o servicio médico), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una Organización de revisión independiente la revisará. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 30 días calendario, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, tiene derechos de apelación adicionales.

Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta.

- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicare, en la carta se le informará que hemos enviado su caso a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o producto de Medicaid, en la carta se le informará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

Sección 6.4

Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos parte o la totalidad de la apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta se le avisará si el servicio o el producto están generalmente cubiertos por Medicare o Medicaid, o si podrían estar cubiertos por ambos.

- Si tiene problemas con un servicio o producto que generalmente está **cubierto por Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones, tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si tiene problemas con un servicio o producto que generalmente está **cubierto por Medicaid**, puede presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. En la carta se le explicará cómo hacerlo. También encontrará información más abajo.
- Si tiene problemas con un servicio o producto que podría estar **cubierto tanto por Medicare como Medicaid**, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente. También puede solicitar una revisión por parte de la Organización independiente de revisión de uso (IURO) del estado o una audiencia imparcial con el estado.

Si reúne los requisitos para la continuación de los beneficios al presentar la apelación de Nivel 1, los beneficios por el servicio, producto o medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Vaya a la Sección 6.2 (páginas 174-178) para obtener información sobre la continuidad de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si tiene problemas con un servicio que generalmente está cubierto solo por Medicare, los beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la Organización de revisión independiente.
- Si tiene problemas con un servicio que generalmente está cubierto por Medicaid, los beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

10 días calendario después de recibir la carta de decisión del plan o antes de la fecha prevista de entrada en vigencia de la medida, lo que suceda después.

Si su problema está relacionado con un servicio o producto que generalmente está cubierto por Medicare:

Paso 1: La Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de su expediente de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación “rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si se le concedió una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 72 horas** de recibida su apelación.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si se le concedió una apelación estándar a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si su solicitud es de un producto o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 30 días calendario** de recibida su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de **7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es de un producto o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de la solicitud de un producto o servicio médico**, debemos tomar alguna de las siguientes medidas:
 - Autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas**.
 - Brindar el servicio **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir la decisión de la Organización de revisión independiente para **solicitudes estándares**.
 - Brindar el servicio **en un plazo de 72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de la solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos tomar alguna de las siguientes medidas:
 - Autorizar o brindar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la Organización de revisión para las **solicitudes estándares** o
 - **en un plazo de 24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación").
 - Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
 - La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. **La Sección 10** de este capítulo incluye más información acerca del proceso de apelaciones para los Niveles 3, 4 y 5. Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” que revisa los casos de Medicare es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces, se la denomina **“IRE”**.

Si su problema está relacionado con un servicio o producto que generalmente está cubierto por Medicaid:

Paso 1: Puede solicitar una apelación IURO o una audiencia imparcial con el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para los servicios que generalmente están cubiertos por Medicaid permite la opción de solicitar una revisión por parte de la Organización independiente de revisión de uso (IURO) del estado, así como la de solicitar una audiencia imparcial ante el estado.

¿Cómo solicito una apelación IURO?

- La Organización independiente de revisión de uso (IURO) es una organización independiente contratada por el Departamento de Banca y Seguros (DOBI) del estado de Nueva Jersey. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es elegida por el DOBI para que funcione como un revisor independiente de apelaciones médicas, y el DOBI administra el proceso de apelaciones IURO. Una revisión de la IURO también se denomina, en ocasiones, "apelación IURO" o "apelación externa".
- El proceso de apelaciones IURO es opcional. Puede solicitar una apelación IURO y esperar hasta recibir la decisión de la IURO antes de solicitar una audiencia imparcial. O puede pedir una apelación IURO y una audiencia imparcial al mismo tiempo (las solicitudes se presentan

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

ante dos organizaciones diferentes). No es necesario que pida una apelación ante la IURO para solicitar una audiencia imparcial.

- Puede pedir una apelación IURO usted mismo o puede pedirla su Representante autorizado (que puede ser su proveedor, si actúa en su nombre con su consentimiento por escrito).
- Puede pedir una apelación IURO completando el formulario de solicitud de apelación externa. Se le enviará una copia del formulario de solicitud de apelación externa, junto con la carta sobre la decisión de su apelación de Nivel 1. Debe enviar este formulario a la siguiente dirección, **dentro de un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta sobre la decisión de su apelación de Nivel 1:

Maximus Federal – NJ IHCAP
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, New York 14534

Oficina: 1-888-866-6205 Fax: 585-425-5296

Correo electrónico: Stateappealseast@maximus.com

También puede enviar el formulario por fax al **585-425-5296** o por correo electrónico a Stateappealseast@maximus.com.

- Si está apelando porque le informamos sobre la suspensión o reducción de los servicios o productos que ya estaba recibiendo y quiere mantener esos servicios o productos durante su apelación ante la IURO, debe solicitar la apelación ante la IURO **dentro de un plazo de 10 días calendario** a partir de la fecha de la carta sobre la decisión de su apelación de Nivel 1.
- Si la IURO revisa su caso, tomará una decisión **dentro de un plazo de 45 días calendario** (o antes, si fuera necesario debido a su afección médica). Si la apelación ante la IURO consiste en una apelación “rápida”, la IURO tomará una decisión **dentro de un plazo de 48 horas**. Para solicitar una apelación acelerada, o rápida, usted o su proveedor tratante deben enviar por fax una copia completada del formulario de solicitud de apelación externa a Maximus Federal al 585-425-5296 y solicitar una apelación acelerada en la Sección V del formulario, Resumen de la apelación.
- Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación ante la IURO o necesita ayuda con la solicitud, puede llamar al Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey al 1-888-393-1062 o al 609-777-9470.

¿Cómo solicito una audiencia imparcial?

- Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito **dentro de un plazo de 120 días calendario**, a partir de la fecha de envío de la carta con la decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que le enviamos le indicará dónde debe presentar su solicitud de audiencia.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si solicita una audiencia imparcial acelerada o “rápida”, y cumple con todos los requisitos para una audiencia “rápida”, se tomará una decisión en un plazo de 72 horas desde que la agencia recibe su solicitud de audiencia.
- Si está apelando porque le informamos sobre la suspensión o reducción de los servicios o productos que ya estaba recibiendo y quiere mantener esos servicios o productos durante la audiencia imparcial, debe solicitar **por escrito** que sus beneficios continúen en su solicitud de audiencia imparcial y debe enviarla **en un plazo de 10 días calendario** a partir de la fecha de la carta con la decisión de su apelación de Nivel 1.

O bien, si solicitó una apelación ante la IURO y recibió una decisión antes de solicitar una audiencia imparcial, debe enviar esta solicitud por escrito **en un plazo de 10 días calendario** a partir de la fecha de la carta con la decisión sobre su apelación ante la IURO.

Tenga en cuenta que si pide que se continúen sus servicios o productos durante una audiencia imparcial y la decisión final no se toma a su favor, es posible que deba pagar el costo de los servicios o productos.

Paso 2: La Oficina de Audiencias Imparciales le proporciona su respuesta.

La oficina de audiencia imparcial le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

- **Si la Oficina de Audiencias Imparciales acepta parte o la totalidad de la solicitud de un producto o servicio médico**, debemos autorizar o proporcionar el servicio o producto en un plazo de 72 horas después de recibir la decisión de la Oficina de Audiencias Imparciales.
- **Si esta oficina rechaza parte o la totalidad de su apelación**, está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”).

Si la decisión es rechazar todo o parte de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la decisión de la Organización de revisión independiente o de la Oficina de Audiencias Imparciales es rechazar la totalidad o parte de su solicitud, usted tiene **derechos de apelación adicionales**.

Si su apelación de Nivel 2 pasó a la **Organización de revisión independiente**, podrá apelar nuevamente solo si el valor en dólares del servicio o producto que desea cumple con un determinado monto mínimo. La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. **En la carta que le envía la Organización de revisión independiente se explicarán los derechos de apelación adicionales que pueda tener.**

La carta que recibe de la oficina de la audiencia imparcial le indicará su siguiente opción de apelación.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido en concepto de atención médica?
-------------	--

Si ya ha pagado por un servicio o producto de Medicaid cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (por lo general, la acción de devolver el dinero se denomina “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la examinaremos y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le reembolsaremos los costos de los servicios o los medicamentos. La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la **Sección 5.1** de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este documento: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos*).

Si quiere que le reembolsemos un servicio o producto de **Medicare** o nos pide que le paguemos a un proveedor de atención médica un servicio o producto de Medicaid que usted pagó, nos solicitará que tomemos esta decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este documento, *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la atención médica en el plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si la atención médica **no** está cubierta, o usted **no** siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a denegar su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 6.3 de este capítulo. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 30 días calendario después de recibida su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarles el pago que solicitó a usted o al proveedor en el plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarles el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Leyó la Sección 5 de este capítulo, “Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D
-------------	--

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. (Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviarla).

Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5).

- **Esta sección se trata solamente de sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la Lista de medicamentos, las normas y las restricciones respecto de la cobertura, y la información sobre los costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para los medicamentos con receta de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se comentó en la **Sección 5** de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura.

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **“determinación de cobertura”**.

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, que incluye lo siguiente:
 - Nos solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos del plan.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple los requisitos para la cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
 - **NOTA:** Si la farmacia le dice que su receta no puede presentarse de la forma en que está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice la siguiente tabla para determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Puede realizar lo siguiente:
Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted considera que cumple todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la Sección 7.4 de este capítulo.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si está en esta situación:	Puede realizar lo siguiente:
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, “**excepción al formulario**”.

2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento, en ocasiones, se denomina “**excepción al formulario**”.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
 - Que se exija probar primero con otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
 - Que existan límites de cantidad. Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

Sección 7.3

Aspectos importantes que debe saber acerca del pedido de excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, **no** aprobaremos su solicitud para una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. A su vez, será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La **Sección 7.5** de este capítulo le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 7.4

Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos que necesita o sobre el pago. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “*Cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D*”. O bien, si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección titulada “*Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la atención médica o un medicamento que recibió*”.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La **Sección 5.2** de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 6 de este documento: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 6 se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos un medicamento que pagó.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo llamamos “declaración de respaldo”). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O bien, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Consulte las **secciones 7.2 y 7.3** de este capítulo para obtener más información sobre solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Medicare y Medicaid (CMS) o en nuestro formulario del plan, que está disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

Términos legales

Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una **“determinación acelerada de cobertura”**.

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión rápida de cobertura **solo** si su pedido hace referencia a un **medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
 - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo** si la vía de plazos estándares pudiera **poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional**.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
 - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
 - En esta carta, se le dirá que si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.
 - En la carta también se le explicará cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le indica cómo presentar un reclamo “rápido”, lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

después de recibido. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos límite para una decisión “rápida” de cobertura

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una decisión “estándar” de cobertura sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una decisión “estándar” de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 7.5

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **“redeterminación”** del plan.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web, por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D”.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, “Cómo ponerse en contacto con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D”.
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono, llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, “Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D”.**
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada a través del formulario de solicitud para la determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
 - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

Términos legales

Una “apelación rápida” también se llama una “redeterminación acelerada”.

Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura”, los cuales figuran en la **Sección 7.4** de este capítulo.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos límite para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Plazos límite para una apelación “estándar”

- Si usamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación para un medicamento que usted todavía no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no en una fecha posterior a los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 7.6

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces, se la denomina “**IRE**”.

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá las **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos para una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Plazos para una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que usted todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó:**
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
 - Si la Organización de revisión independiente aprueba la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”).

Si la Organización de revisión independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. La **Sección 10** de este capítulo incluye más información acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la “**fecha del alta**”.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección 8.1	Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le explicarán sus derechos
-------------	---

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado.

Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. En el aviso se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos los siguientes:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y su derecho a saber quién pagará por ella.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede “**solicitar una revisión inmediata**”. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Usted o alguien que actúe en su nombre deberán firmar el aviso (la **Sección 5.2** de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- Firmar este aviso **solo** demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso **no significa** que está de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para solicitar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 8.2

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la **Sección 2** de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Compruebe si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida un “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]*) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento).

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad **antes** de que se vaya del hospital y **antes de la medianoche del día del alta.** (La “fecha prevista del alta” es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si usted cumple este plazo, se le autorizará a permanecer en el hospital **después** de la fecha del alta **sin que deba pagar por ello**, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad.
- Si **no** cumple este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, **es posible que deba pagar todos los costos** correspondientes a la atención hospitalaria que reciba tras la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

Pida una “revisión rápida”:

- Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que efectúe una **“revisión rápida”** del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales

Una **“revisión rápida”** también se denomina **“revisión inmediata”** o **“revisión acelerada”**.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos legales

La explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado del alta**”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede ver un aviso de muestra en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le proporcionará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión acepta la apelación, **debemos seguir brindándole los servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos, durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este documento).

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión rechaza su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día **posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta a su apelación.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación **y** usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital
-------------	--

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación **y** usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta, ocurrirá lo siguiente:

- **Debemos reembolsarle** la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

- Pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza, ocurrirá lo siguiente:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- **La Sección 10** de este capítulo incluye más información acerca del proceso de apelaciones para los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 8.4

¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la **Sección 8.2**, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. (“Rápido” significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta, lo que ocurra primero). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa 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

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos legales

A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “**apelación acelerada**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “*Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*”.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares” para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle por los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital **después** de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Al hacer esto, significa que usted pasa **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones alternativas de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces, se la denomina “**IRE**”.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

sean médicamente necesarios. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.
 - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- **La Sección 10** de este capítulo incluye más información acerca del proceso de apelaciones para los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto

Sección 9.1	Esta sección solo trata acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)
-------------	---

Esta sección hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente o que se

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida cualquier limitación de cobertura que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar su atención**.

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura

1. Recibirá un aviso por escrito. Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá un aviso.

- En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
- También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales

Como le indica qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **“apelación de vía rápida”**. Solicitar una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La **Sección 9.3**, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).

El aviso por escrito se denomina **“Aviso de la no cobertura de Medicare”**.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.

- Usted o alguien que actúe en su nombre deberán firmar el aviso (la **Sección 5.2** de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- La firma del aviso **solo** indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con el plan sobre que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo
-------------	---

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. La **Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la **Sección 2** de este capítulo en este documento).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una “apelación acelerada” (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en el Aviso de la no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 9.5** de este capítulo.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina “**Explicación detallada de no cobertura**”.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores aceptan su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este documento).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, **su cobertura se cancelará en la fecha que le habíamos indicado.** Dejaremos de pagar por el costo de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que hace es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 **y** usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación **y** usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que le informamos que terminaría su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la atención que ha recibido a partir de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la **Sección 9.3**, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa 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

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales

A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “**apelación acelerada**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “*Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*”.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares” para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que coincidimos en que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle por los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura se cancelará en la fecha que le indicamos.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Al hacer esto, significa que usted pasa **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones alternativas de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces, se la denomina **“IRE”**.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. La **Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) la atención que recibió a partir de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan respecto de la primera apelación y no la modificará.
 - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo incluye más información acerca del proceso de apelaciones para los Niveles 3, 4 y 5.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá****Sección 10.1 Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: un juez (llamado juez administrativo) o un abogado mediador, que trabajan para el gobierno federal, revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
 - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Apelación de Nivel 4: el **Consejo de apelaciones** (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted si el valor del producto o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
 - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o productos que NJ FamilyCare (Medicaid) generalmente cubre. La carta que recibe de la oficina de la audiencia imparcial le indicará qué hacer si desea continuar el proceso de apelación.

Sección 10.3 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: un juez (llamado juez administrativo) o un abogado mediador, que trabajan para el gobierno federal, revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4: el Consejo de apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo dentro de las **72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes



Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección no es la indicada. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?

En esta sección se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar reclamos. El proceso de reclamos se aplica a ciertos tipos de problemas únicamente. Entre ellos, se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y los servicios al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede “presentar un reclamo”

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Reclamo	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio para miembros u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en nuestro Departamento de Servicios para Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O al Departamento de Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?
Oportunidad (Estos tipos de reclamos se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).	<p>El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 5 a 11 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de reclamos.</p> <p>Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si ha pedido que le demos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar un reclamo.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Reclamo	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none"> • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar un reclamo. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar un reclamo.

Sección 11.2 El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”

Términos legales

- En esta sección, un **“reclamo”** también se denomina **“queja”**.
- Otro término para **“presentar un reclamo”** es **“interponer una queja”**.
- Otra forma de decir **“usar el proceso para reclamos”** es **“usar el proceso para interponer una queja”**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de un reclamo

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Departamento de Servicios para Miembros.** Si hay algo más que necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo indicará. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY 711). Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Para presentar una queja (reclamo) por escrito, envíenosla por escrito a la dirección que figura en el *Capítulo 2: Números y recursos importantes (Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D o Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica)*.
 - Asegúrese de proporcionar toda la información pertinente, incluido cualquier documento de respaldo que considere apropiado. Debemos recibir su reclamo dentro de los 60 días calendario desde el evento o incidente que le llevaron a presentar un reclamo.
 - Su caso será investigado por un miembro de nuestro equipo de reclamos. Si presenta su reclamo de forma verbal, le informaremos el resultado de nuestra revisión y nuestra decisión de manera verbal o escrita. Si presenta un reclamo verbal y solicita una respuesta por escrito, responderemos por escrito. Si nos envía un reclamo por escrito, le enviaremos una respuesta por escrito que indique el resultado de nuestra revisión. Nuestro aviso incluirá una descripción de cómo comprendemos su reclamo y nuestra resolución en términos claros.
 - Debemos abordar su reclamo con tanta rapidez como su caso requiera en función de su estado de salud, pero no más de 30 días calendario después de recibir su reclamo. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario si justificamos que la necesidad de información adicional y la demora son lo más conveniente para usted.
 - También tendrá derecho a solicitar una queja “acelerada” rápida. Una queja “acelerada” es un tipo de reclamo que se debe resolver dentro de las 24 horas desde que se comunica con nosotros. Tiene derecho a solicitar una queja “acelerada” rápida si no está de acuerdo con lo siguiente:
 - La intención de nuestro plan de tomar una extensión de 14 días calendario para una determinación de cobertura/organización o una reconsideración/redeterminación (apelación).
 - Nuestra denegación de su solicitud de acelerar una determinación o reconsideración (apelación) de la organización para servicios de salud.
 - Nuestra denegación de su solicitud para acelerar una determinación o redeterminación (apelación) de la cobertura de un medicamento con receta.
- El proceso de queja “acelerada” rápida es el siguiente:
 - Usted o un representante autorizado puede presentar el reclamo por teléfono, fax o correo y mencionar que desea un proceso de reclamo rápido o queja acelerada. Para presentar el reclamo, llame al número de teléfono, envíelo por fax o preséntelo por escrito y envíelo a la dirección que se encuentra en el *Capítulo 2: Números y recursos importantes (Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D o Cómo ponerse en contacto con*

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica). La manera más rápida de presentar un reclamo rápido es llamarnos o enviarnos un fax. La forma más rápida de presentar una queja es llamarnos. Cuando recibimos su reclamo, investigaremos rápidamente el problema que ha identificado. Si estamos de acuerdo con su reclamo, cancelaremos la extensión de 14 días calendario o aceleraremos la determinación o apelación, como había requerido originalmente. Independientemente de que estemos de acuerdo o no, investigaremos su reclamo y le notificaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas.

- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de inmediato.** Puede presentar un reclamo en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que quiere reclamar.
- **Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido”.** Si se le ha concedido un “reclamo rápido”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” que revisa los casos de Medicare es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces, se la denomina **“IRE”**.

Paso 2: Analizamos su reclamo y le damos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de los reclamos se responde dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte del reclamo, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos el reclamo o no.

Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 11.4	También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad
--------------	--

Usted puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su reclamo es sobre la **calidad de la atención**, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo a la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (**sin** presentarnos el reclamo).
 - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica, a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este documento. Si presenta un reclamo a esta organización, colaboraremos con ellos para resolverlo.
 - O bien, puede presentar su reclamo ante ambos sitios al mismo tiempo. Si así lo desea, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 11.5	También puede informarle a Medicare y Medicaid acerca de su reclamo
--------------	---

Puede presentar un reclamo sobre Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

También puede presentar un reclamo sobre nuestro plan directamente ante NJ FamilyCare (Medicaid), completando y enviando el formulario de reclamo que se encuentra en www.state.nj.us/humanservices/dmahs/ mediante los siguientes medios:

Correo postal: NJ Department of Human Services

Division of Medical Assistance and Health Services

P.O. Box 712

Trenton, NJ 08625-0712

Fax: (609) 777-0508 o (609) 292-2431

Teléfono: 1-800-356-1561

Capítulo 9

Cancelación de su membresía en el plan

**Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción	259
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan	259
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	259
Sección 2.1	Puede cancelar su membresía si tiene Medicare y Medicaid.....	259
Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual.....	261
Sección 2.3	Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage	262
Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial	262
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?	264
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	264
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan.....	264
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	267
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan	267
SECCIÓN 5	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	267
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	267
Sección 5.2	<u>No</u> podemos pedirle que cancele su inscripción en nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	268
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan	269

Capítulo 9. CANCELACIÓN DE SU MEMBRÉSIA EN EL PLAN (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (es su elección) o **involuntaria** (no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
 - Solo hay ciertos momentos del año, o ciertas situaciones, en las que puede cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe cuándo puede cancelar su membresía en el plan. La Sección 2 describe los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comenzará la inscripción en su nueva cobertura.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos finalizar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía si tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente, una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial.

Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar el próximo período para cancelar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios durante el Período de inscripción anual desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. La Sección 2.2 incluye más información sobre el Período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene cobertura “acreditable” para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare).

Comuníquese con NJ FamilyCare (Medicaid) para obtener información sobre las opciones del plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual

Usted puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual (también conocido como “Período de inscripción abierta anual”). Es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y para medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período va del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los medicamentos con receta, es posible que ocurra lo siguiente: si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare).

Comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado para obtener información sobre las opciones del plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede realizar lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener la cobertura mediante Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, es posible que sea elegible para finalizar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - En general, cuando se muda.
 - Si tiene NJ FamilyCare (Medicaid)
 - Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.

Capítulo 9. CANCELACIÓN DE SU MEMBRESÍA EN EL PLAN (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).
- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos en la Sección 10 del Capítulo 5.

Nota: La Sección 2.1 incluye más información sobre el Período de inscripción especial para personas que tengan Medicaid.

- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los medicamentos con receta**, es posible que ocurra lo siguiente: si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene cobertura para medicamentos con receta acreditable durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos

Capítulo 9. CANCELACIÓN DE SU MEMBRESÍA EN EL PLAN (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

con receta estándar de Medicare). Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?
-------------	--

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía, las siguientes opciones están a su disposición:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare & You 2022** (Medicare y usted para 2022).
 - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted para 2022). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
 - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan
-------------	--

Generalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare. No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Nos puede hacer un pedido a nosotros por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).
- *O bien*, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a los siguientes:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. <p>Su inscripción en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. <p>Su inscripción en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.</p>

Capítulo 9. CANCELACIÓN DE SU MEMBRÍA EN EL PLAN (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si desea cambiar de nuestro plan a los siguientes:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare <ul style="list-style-type: none"> ◦ Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática. ◦ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) se cancelará cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Si usted cancela su inscripción en este plan y toma alguna de las decisiones indicadas anteriormente, se lo inscribirá en nuestro plan afiliado NJ FamilyCare, Aetna Better Health of New Jersey, para recibir sus beneficios de NJ FamilyCare (Medicaid). Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. Esto sucederá automáticamente, a menos que haya elegido inscribirse en otro plan FIDE SNP o si elige un plan NJ FamilyCare diferente por voluntad propia. Si desea seleccionar un plan diferente de NJ FamilyCare, puede llamar a NJ FamilyCare al 1-800-701-0710 (TTY 1-800-701-0720).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de NJ FamilyCare (Medicaid), comuníquese con la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud al 1-800-356-1561 (TTY: 711). Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que recibe su cobertura de NJ FamilyCare (Medicaid).

Capítulo 9. CANCELACIÓN DE SU MEMBRESÍA EN EL PLAN (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), es posible que transcurra algún tiempo antes de que su membresía se cancele y la cobertura nueva de Medicare y Medicaid entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará generalmente cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si ya no es elegible para NJ FamilyCare (Medicaid). Tal y como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan está destinado a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan seguirá cubriendo sus beneficios de Medicare durante un período de gracia de seis (6) meses como máximo si pierde su elegibilidad para Medicaid. Este período de gracia comienza el primer día del mes después de enterarnos de su pérdida de elegibilidad y de comunicárselo. Si, al término del período de gracia de seis (6) meses, usted no recuperó Medicaid y no se inscribió en un plan diferente, cancelaremos su inscripción en nuestro plan y se lo volverá a inscribir en Original Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.

Capítulo 9. CANCELACIÓN DE SU MEMBRÍA EN EL PLAN (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si finalizamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, realice lo siguiente:

- Puede llamar al **Departamento de Servicios para Miembros** para obtener más información (en la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 5.2	<u>No</u> podemos pedirle que cancele su inscripción en nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
-------------	---

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

**Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si considera que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan
-------------	---

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede consultar la Sección 11 del Capítulo 8 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

Capítulo 10

Avisos legales

Capítulo 10. Avisos legales

Capítulo 10. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	272
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	272
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	273
SECCIÓN 4	Aviso sobre recuperación de pagos en exceso	275
SECCIÓN 5	Determinaciones nacionales de cobertura	276
SECCIÓN 6	Contratistas independientes	276

Capítulo 10. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluso el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales, y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros (en la contratapa de este documento, encontrará impresos los números de teléfono). Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

Capítulo 10. Avisos legales

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

En algunas situaciones, otras partes deben pagar por su atención médica antes que su plan Medicare Advantage. En dichas situaciones, su plan de salud Medicare Advantage puede pagar, pero tendrá derecho a cobrar los pagos a estas otras partes. Los planes Medicare Advantage podrían no ser el pagador principal de la atención médica que recibe. Estas situaciones incluyen aquellas en que el programa federal Medicare se considera un pagador secundario conforme a las leyes de pagador secundario de Medicare. Para obtener información sobre el programa federal de pagador secundario de Medicare, Medicare redactó un documento con información general sobre qué sucede cuando las personas con Medicare tienen un seguro adicional. Se llama *Medicare and Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First (Medicare y otros beneficios de salud: su guía sobre quién paga primero)* (número de publicación 02179). Puede obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, o visitando el sitio web www.medicare.gov.

Los derechos del plan a recuperar el dinero en estas situaciones se basan en las condiciones de este contrato de plan de salud, así como en las disposiciones de los estatutos federales que rigen el programa de Medicare. La cobertura de su plan Medicare Advantage siempre es secundaria a cualquier pago realizado o que se podría esperar razonablemente que se realice en virtud de lo siguiente:

- Una ley o plan de compensación laboral de los Estados Unidos o de un estado.
- Cualquier seguro sin culpa, incluido el seguro automotriz y no automotriz sin culpa y el seguro de pagos médicos.
- Una póliza o un plan de seguro de responsabilidad (incluido un plan de autoasegurado) emitidos conforme a una póliza o cobertura automotriz o de otro tipo.
- Una póliza o un plan de seguro automotriz (incluido un plan de autoasegurado), incluidas, entre otras, coberturas contra conductores no asegurados o con seguro insuficiente.

Capítulo 10. Avisos legales

Dado que su plan Medicare Advantage siempre es secundario a cualquier cobertura automotriz sin culpa (protección contra lesiones personales) o cobertura de pagos médicos, debe revisar sus pólizas de seguro automotriz para asegurar que se hayan seleccionado las disposiciones de póliza adecuadas para que su cobertura automotriz sea principal para su tratamiento médico a raíz de un accidente automovilístico.

Como se detalla en el presente documento, en estas situaciones, su plan Medicare Advantage podría efectuar pagos en su nombre por esta atención médica, sujeto a las condiciones establecidas en esta disposición para que el plan recupere estos pagos de usted o de otras partes. Inmediatamente después de realizar un pago condicional, su plan Medicare Advantage adquirirá (ejercerá) todos los derechos de recuperación que usted tenga frente a cualquier persona, entidad o aseguradora responsables de provocarle una lesión, enfermedad o afección, o frente a cualquier persona, entidad o aseguradora identificadas anteriormente como pagador principal.

Además, si recibe pagos de cualquier persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección, o bien si usted recibe pagos de cualquier persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal, su plan Medicare Advantage tiene derecho a recuperar y recibir un reembolso de todos los pagos condicionales que el plan haya efectuado o efectuará a raíz de dicha lesión, enfermedad o afección.

Su plan Medicare Advantage tendrá automáticamente un derecho de retención, según el alcance de los beneficios que pagó para el tratamiento de la lesión, enfermedad o afección, hasta su recuperación ya sea mediante acuerdo, sentencia o de otro modo. La retención podría ejercerse contra cualquier tercero que tenga fondos o activos que representen el monto de los beneficios pagados por el plan, incluidos, entre otros, usted, sus representantes o agentes, otra persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección, u otra persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal.

Si acepta los beneficios (ya sea que el pago de dichos beneficios se le efectúe a usted o en su nombre a un proveedor de atención médica) de su plan Medicare Advantage, usted reconoce que los derechos de recuperación del plan constituyen una reclamación prioritaria y que deben pagarse al plan antes que cualquier otra reclamación por los daños que haya sufrido. El plan tendrá derecho a recibir un reembolso completo sobre la base del primer dólar de cualquier pago, incluso si dicho pago al plan resulta en una recuperación para usted que es insuficiente para resarcirlo por completo o compensarlo en parte o en su totalidad por los daños que sufrió. Su plan Medicare Advantage no está obligado a participar o a pagar costos procesales ni honorarios de abogados contratados por usted para ejercer su reclamación por daños.

Capítulo 10. Avisos legales

Su plan Medicare Advantage está autorizado a la recuperación total, independientemente de la admisión de responsabilidad de pago de cualquier persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección; o de cualquier persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal. El plan tiene derecho a recuperar la totalidad de lo pagado, independientemente de si el arreglo o la sentencia que usted recibió identifica los beneficios médicos que el plan proporcionó o tiene la intención de asignar una parte de dicho arreglo o sentencia al pago de gastos que no sean gastos médicos. El plan Medicare Advantage tiene derecho a la recuperación de todos y cada uno de los acuerdos o sentencias, incluso de aquellos designados en concepto de dolor y sufrimiento, daños no económicos o daños generales únicamente.

Usted y sus representantes legales deben colaborar plenamente con los esfuerzos del plan por recuperar los beneficios pagados. Tiene la obligación de notificarle al plan dentro de los 30 días de la fecha en la que se entrega el aviso a cualquiera de las partes, incluidos una compañía aseguradora o un abogado, acerca de su intención de entablar un procedimiento o investigar una reclamación para obtener una indemnización o una compensación debido a una lesión, enfermedad o afección. Usted y sus agentes o representantes deben proporcionar toda la información solicitada por el plan o sus representantes. No podrá hacer nada para perjudicar el interés de subrogación o recuperación de su plan Medicare Advantage, ni para perjudicar la capacidad del plan de ejercer las condiciones de esta disposición. Esto incluye, entre otros aspectos, abstenerse de realizar acuerdos u obtener recuperaciones que intenten reducir o excluir el costo total de todos los beneficios proporcionados por el plan.

Si no se entrega la información solicitada o no se brinda asistencia al plan Medicare Advantage para ejercer sus derechos de subrogación o recuperación, usted podría resultar personalmente responsable de reembolsarle al plan los beneficios pagados en relación con la lesión, enfermedad o afección, así como los honorarios razonables de los abogados del plan y los costos incurridos para obtener el reembolso de usted. Para obtener más información, consulte el inciso 42 del Código de Estados Unidos § 1395y(b)(2)(A)(ii) y los estatutos de Medicare.

SECCIÓN 4 Aviso sobre recuperación de pagos en exceso

Si los beneficios pagados por esta Evidencia de cobertura, además de los beneficios pagados por otros planes, exceden el monto total de gastos, Aetna tiene derecho a recuperar el monto de dicho pago en exceso de una o más de las siguientes partes: (1) cualquier persona a quien o para quien se efectuaron dichos pagos, (2) otros planes o (3) cualquier otra entidad a la que se efectuaron dichos pagos. El derecho a recuperación será ejercido a criterio de Aetna. Usted deberá presentar

Capítulo 10. Avisos legales

documentos y colaborar con Aetna para asegurar su derecho a recuperar dichos pagos en exceso, a solicitud de Aetna.

SECCIÓN 5 Determinaciones nacionales de cobertura

A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2022, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios. Cuando recibamos actualizaciones de cobertura de Medicare, denominadas Determinaciones nacionales de cobertura, las publicaremos en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener las actualizaciones de cobertura publicadas para el año de beneficios.

SECCIÓN 6 Contratistas independientes

Los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios.

Capítulo 11

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, producto o servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 8 explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Asociación de Médicos Independientes: una asociación de médicos independientes (IPA) es un grupo independiente de médicos y otros proveedores de atención médica que tienen un contrato para proporcionar servicios a los miembros de organizaciones de cuidado administrado.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia y que 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de los servicios del centro de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. En la *Tabla de beneficios médicos* del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Auxiliar de atención médica a domicilio: un auxiliar de atención de médica a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención médica en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y que ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, así como servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos para pacientes externos a personas que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar medicamentos con receta para pacientes externos, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta al médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una consulta al médico o por un medicamento con receta. NOTA: Usted no necesita pagar ningún copago por este plan.

Coseguro: es un monto que se le pedirá que pague como la parte que le corresponde de los costos por servicios o medicamentos con receta. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%). NOTA: No debe pagar ningún coseguro en este plan.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específicos; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específicos. NOTA: Usted no necesita pagar ninguno de estos tipos de costo compartido por este plan.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de “costo compartido” más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro “paga de su bolsillo”. NOTA: En este plan, no tendrá que pagar costos de su bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como, por ejemplo, usar gotas para los ojos.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o las recetas antes de que nuestro plan comience a pagar. NOTA: En este plan usted no tiene ningún deducible.

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, las quejas y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y cuál es el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este documento. El Capítulo 8 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización integrada: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando decide si los productos o servicios están cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento. El Capítulo 8 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los productos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un médico para usar en el hogar.

Evidencia de cobertura (EOC) e información sobre divulgación: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le obliga a probar otro medicamento

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

antes de recibir el medicamento que está solicitando o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Farmacia de la red: una farmacia en la que los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta *Evidencia de cobertura*, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no tiene cobertura de nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospicio: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, así como respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una Lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de médicos y

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamento necesario: son los servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y fabricó dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo 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 haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico.

Medicamentos cubiertos: el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su Formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen la enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente y requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se añade a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía. Si alguna vez pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si se queda sin cobertura de la Parte D o sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más.

Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO): un tipo de plan de cuidado administrado de Medicare en el que un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica aceptan brindar atención médica a beneficiarios de Medicare por un monto fijo de dinero que paga Medicare por mes. Por lo general, debe recibir atención de los proveedores del plan.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica, a los cuales el Gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare con “pago por servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los EE. UU.

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

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y del centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: es un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones al plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage va del 1 de enero al 31 de marzo, y está disponible por un período de 3 meses después de que una persona se vuelve elegible para Medicare.

Período de inscripción inicial: el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para recibir la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales equivalente al Plan institucional (SNP): un Plan institucional de necesidades especiales donde se inscriben personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe llevarse a cabo con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención respectiva del estado y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Es posible que el Plan de necesidades especiales restrinja la inscripción solo a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si esto es lo necesario para garantizar una prestación uniforme de la atención especializada.

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más enfocada en grupos específicos de personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, las que residen en un hogar de convalecencia o las que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los recibe de proveedores de la red o fuera de la red. Generalmente, el costo compartido de los miembros será más alto cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para los costos que paga de su bolsillo para servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más elevado para los costos totales que paga de su bolsillo combinados para servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos) y de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan institucional de necesidades especiales (SNP): un Plan de necesidades especiales donde se inscriben personas elegibles que residen de forma permanente o esperan residir de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Entre estos centros LTC se incluyen los siguientes: centro de atención de enfermería especializada (SNF); centro de atención de enfermería (NF); (SNF/NF); centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF-ID) o centros psiquiátricos para pacientes internados. Un plan para necesidades especiales que brinda atención a personas con Medicare que sean residentes de un centro LTC debe tener un contrato con el(los) centro(s) LTC en cuestión o ser dueño de estos.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes de cobertura para medicamentos con**

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

receta de Medicare Advantage. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles, de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible, mientras obtienen la atención de calidad superior que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por una cobertura de salud o de medicamentos con receta. NOTA: Los inscritos en este plan no deben pagar ninguna prima.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: es un programa que brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no reciban la “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que tenga el cuidado que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Para obtener información sobre los proveedores de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este documento, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja integrada: tipo de reclamo que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, incluido un reclamo relacionado con la calidad de la atención brindada. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura.

Reclamo: el nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”. El proceso de reclamos se aplica a ciertos tipos de problemas *únicamente*. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Queja” en esta lista de definiciones.

Red: un grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros expertos de atención médica contratados por nuestro plan para proporcionar servicios cubiertos a sus miembros (consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1). Los proveedores de la red son contratistas independientes y no agentes de nuestro plan.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen la fisioterapia, la terapia del habla y del lenguaje, y la terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes

Servicios no cubiertos por Medicare: son los servicios que no están cubiertos normalmente cuando tiene Original Medicare. Generalmente, son beneficios adicionales que puede recibir como miembro del plan Medicare Advantage.

Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS): el programa de MLTSS brinda servicios en el hogar y en la comunidad a los miembros que requieren el nivel de atención que normalmente se proporciona en un centro de atención de enfermería y les permite recibir la atención necesaria en un entorno residencial o comunitario. Los servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) incluyen, entre otros, los siguientes servicios: servicios de vida asistida, terapia cognitiva, del habla y ocupacional, fisioterapia, servicios de tareas domésticas, entrega de comidas a domicilio, modificaciones de la residencia (como instalación de rampas o barandas), modificaciones de vehículos, atención social diurna para adultos y transporte no médico. El programa de MLTSS está disponible para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos y financieros.

Subsidio por ingresos bajos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero trate su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
LLAME AL 	1-844-362-0934 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY 	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
FAX 	1-855-259-2087
ESCRIBA A 	Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). 7400 W Campus Rd New Albany, OH 43054 NJDSNP_MemberServices@aetna.com
SITIO WEB 	AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp

Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP de Nueva Jersey)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto del Programa estatal de asistencia en seguros de salud
LLAME AL	1-800-792-8820 Atendemos de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 04:30 p. m.
TTY	711

Método	Información de contacto del Programa estatal de asistencia en seguros de salud
ESCRIBA A	NJ State Health Insurance Assistance Program P.O. Box 807 Trenton NJ 08625
SITIO WEB	www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/index.html

Declaración sobre divulgación de la PRA: de acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.