

2012 EVIDENCIA DE CUBIERTA



 **MAPFRE**
medicare
excel (HMO-POS)



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2012

Evidencia de Cubierta:

Sus beneficios de salud y servicios de Medicare y cobertura de medicamentos recetados como miembro de MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)

Este manual le proporciona los detalles acerca de su plan de salud y de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012. Le explica cómo obtener la cobertura de los servicios médicos y los medicamentos recetados que necesita. Esta carta es un documento legal importante. Por favor, manténgala en un lugar seguro.

Este plan, *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*, es ofrecido por *MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY*. (Cuando esta *Evidencia de Cubierta* dice “nosotros” o “nuestro”, significa *MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*.)

Una compañía Medicare Advantage con un contrato con Medicare.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Si desea información adicional, comuníquese con Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-750-5288. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-479-6677). El horario de atención es de *24 horas, 7 días a la semana*. Los Departamento de Servicio al Cliente poseen servicios de intérpretes de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

Este documento puede estar disponible en otros formatos alternos como: Braille, letras más grandes o en otros formatos alternos. Si desea información adicional, comuníquese con Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-750-5288. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-479-6677).

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, las primas, los deducibles y/o los copagos/coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2013.

H5821_ENRpst0004_1F12 spa File & Use 09/13/2011

Evidencia de Cuidado 2012

Contenido

Esta lista de capítulos y números de página es sólo un punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página del capítulo. **Al comienzo de cada capítulo encontrará una lista detallada de temas.**

Capítulo 1.	Miembro nuevo	1
Capítulo 2.	Números de teléfono y recursos importantes.....	16
Capítulo 3.	Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos	31
Capítulo 4.	Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)	45
Capítulo 5.	Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D.....	85
Capítulo 6.	Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D.....	111
Capítulo 7.	Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos	133
Capítulo 8.	Sus derechos y responsabilidades.....	140
Capítulo 9.	Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	151
Capítulo 10.	Baja del plan	210
Capítulo 11.	Avisos legales	220
Capítulo 12.	Definiciones de palabras importantes.....	222

Explica términos claves utilizados en este manual.

Capítulo 1. Miembro nuevo

SECCIÓN 1	Introducción	3
Sección 1.1	Usted está inscrito en MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS), que es un plan Medicare HMO Punto de Servicio.....	3
Sección 1.2	¿De qué trata el manual Evidencia de Cubierta?	3
Sección 1.3	¿Qué le informa este capítulo?.....	3
Sección 1.4	¿Qué sucede si es nuevo en MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)?	4
Sección 1.5	Información legal acerca de la Evidencia de Cubierta.....	4
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro de un plan?	4
Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad	4
Sección 2.2	¿Qué son las Partes A y B de Medicare?	5
Sección 2.3	La siguiente es el área de servicio del plan de MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS).....	5
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?	6
Sección 3.1	La tarjeta de miembro del plan: utilícela para obtener todos los servicios médicos y los medicamentos recetados cubiertos	6
Sección 3.2	Directorio de Proveedores y Farmacias: su guía de todos los proveedores de la red del plan	6
Sección 3.3	Directorio de Proveedores y Farmacias: su guía de las farmacias de la red	8
Sección 3.4	Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan	9
Sección 3.5	Explicación de beneficios (“EOB”): informes con un resumen de los pagos realizados de los medicamentos recetados de la Parte D.....	9
SECCIÓN 4	Su prima mensual de MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS) ...	10
Sección 4.1	¿Cuánto debe pagar por la prima de su plan?	10

Sección 4.2 Existen varias maneras en las que puede pagar la prima de su plan.....11

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?.....12

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 13

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted13

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de la información personal sobre su salud 14

Sección 6.1 Nos aseguramos de que la información sobre su salud esté protegida14

SECCIÓN 7 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan..... 14

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?.....14

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	<i>Usted está inscrito en MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS), que es un plan Medicare HMO Punto de Servicio</i>
--------------------	---

Usted está cubierto por Medicare, y eligió recibir los servicios médicos y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* es un Plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) con “Punto de servicio” significa que usted puede utilizar proveedores fuera de la red del plan con un costo adicional. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 para obtener información acerca del uso de la opción de Punto de Servicio.) Como todos los planes de salud de Medicare, este plan Medicare HMO-POS está aprobado por Medicare y lo administra una compañía privada.

Sección 1.2	<i>¿De qué trata el manual Evidencia de Cubierta?</i>
--------------------	--

Este manual *Evidencia de Cubierta* le informa cómo recibir la atención médica y los medicamentos recetados cubiertos por Medicare a través de nuestro plan. Este manual le explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Este plan, *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*, es ofrecido por *MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY*. (Cuando esta *Evidencia de Cubierta* dice “nosotros” o “nuestro”, significa *MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*.)

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y servicios médicos y los medicamentos recetados que tendrá disponibles como miembro de *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*.

Sección 1.3	<i>¿Qué le informa este capítulo?</i>
--------------------	--

Revise el Capítulo 1 de la *Evidencia de Cubierta* para conocer:

- ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?
- ¿Cuál es el área de servicio de su plan?
- ¿Qué materiales recibirá de nuestra parte?
- ¿Cuál es la prima de su plan y cómo puede pagarla?
- ¿Cómo mantiene actualizada la información de su registro de miembro?

Sección 1.4 ¿Qué sucede si es nuevo en MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)?

Si es un miembro nuevo, es importante que conozca cómo funciona el plan, cuáles son las reglas y qué servicios tiene disponibles. Le aconsejamos que dedique parte de su tiempo para revisar el manual *Evidencia de Cubierta*.

Si está confundido o preocupado o si sólo tiene una pregunta, por favor, llame a Departamento de Servicio al Cliente de nuestro plan (la información de contacto se encuentra en la parte de atrás de este manual).

Sección 1.5 Información legal acerca de la Evidencia de Cubierta**Es parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de Cubierta* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* cubre sus servicios médicos. Otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de los cambios a su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. En ocasiones, a estos avisos se les llaman “anexos” o “correcciones”.

El contrato es válido durante los meses que esté inscrito en *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2012.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de su plan sólo si decidimos continuar ofreciendo el plan durante el año en cuestión y si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid renuevan su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro de un plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Es elegible para ser miembro de nuestro plan si:

- Vive en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio);
- -- y --es elegible para la Parte A de Medicare;
- -- y -- está inscrito en la Parte B de Medicare;

Si planea mudarse fuera del área de servicio, por favor, comuníquese con el Departamento de Servicios al Cliente. Cuando se mude, usted tendrá un Período especial de inscripción que le permitirá cambiar al Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare que esté disponible en su nuevo lugar.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nuestra parte?

Sección 3.1 *La tarjeta de miembro del plan: utilícela para obtener todos los servicios médicos y los medicamentos recetados cubiertos*

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que reciba cualquier servicio cubierto por el plan y para los medicamentos recetados que obtiene en las farmacias de la red. Esta es una muestra de la tarjeta de miembro para mostrarle cómo será la suya:



Mientras sea miembro de nuestro plan **no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para recibir los servicios médicos cubiertos (excepto los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de hospicio). Conserve esa tarjeta de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite más adelante.

Es muy importante por lo siguiente: si recibe los servicios cubiertos usando la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de miembro de *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* mientras sea miembro del plan, es posible que deba pagar el costo completo.

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

Sección 3.2 *Directorio de Proveedores y Farmacias: su guía de todos los proveedores de la red del plan*

Cada año que sea miembro del plan, le enviaremos un nuevo *Directorio de Proveedores y Farmacias* o una actualización de su *Directorio de Proveedores y Farmacias*. El directorio lista los proveedores de la red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de servicios médicos que tienen un acuerdo con nosotros de aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago en su totalidad. Hemos coordinado que esos proveedores brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan usted debe utilizar los proveedores de la red para recibir la atención y los servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, atención urgente cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área), servicios de diálisis fuera del área, y los casos en que *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* autoriza el uso de proveedores que no pertenecen a la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica acerca de la cobertura en caso de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Servicios de proveedores fuera de la red están cubiertos sujeto a un coaseguro más alto que típicamente es de un 20% tarifa Medicare Puerto Rico o tarifa MAPFRE Medicare (HMO-POS) para los servicios sin tarifa Medicare. Puedes comunicarte directamente con el proveedor fuera de la red o puedes contactarlo a través del Departamento de Servicio al Cliente, y realizaremos los arreglos con el proveedor de acuerdo con la cubierta de Puntos de Servicio (POS). Si tienes acceso a un proveedor fuera de la red tu o tu proveedor deben presentarnos la factura por los servicios prestados para su procesamiento, pago y la determinación de su responsabilidad.

Puntos de Servicio o el acceso fuera de nuestra red está disponible para la mayoría de los servicios como se describe en detalle en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 bajo la sección de Puntos de Servicio, las excepciones más grandes:

1. Red de proveedores de Salud Mental. Esta red es cerrada, lo que significa que los servicios sólo están cubiertos cuando sean prestados por los proveedores de red, servicios de proveedores fuera de la red incluyendo los psiquiatras no están cubiertos. Para los servicios de Salud Mental, nuestros proveedores son aquellos proveedores que forman parte de la red de CompCare, que están incluidos en el Directorio de Proveedores y Farmacias. Puedes obtener información adicional, actualizaciones y otros servicios relacionados a esta red llamando a nuestra línea de Salud Mental MAPFRE APOYO al 1-866-942-3817 (libre de cargo), las 24 horas, 7 días a la semana.
2. Equipo Médico Duradero (DME), prótesis, aparatos ortopédicos y la red de suministros diabéticos. Esta red es cerrada, lo que significa que los servicios sólo están cubiertos cuando sean prestados por los proveedores de red, servicios obtenidos de proveedores fuera de la red no están cubiertos. Esta red esta cubierta en nuestro directorio.
3. Terapias están cubiertas en la red. Esta red esta cubierta en nuestro directorio.

4. Red de trasplante de órganos, los trasplantes de órganos que se cubren dentro de la red (excepto cuando no esté disponible en Puerto Rico). Esta red esta cubierta en nuestro directorio.

El cuidado de emergencia siempre se puede obtener dentro o fuera del área de servicio del proveedor más cercano disponible. Cuando se encuentra en el área de servicio, puedes utilizar proveedores fuera de la red para el cuidado de urgencia a un coaseguro de 20% más alto de tarifa Medicare Puerto Rico. El cuidado de emergencia, cuidado de urgencia, los servicios postestabilización y los servicios de tratamiento de diálisis siempre se pueden obtener fuera del área de servicio del proveedor disponible más cercano, o proveedor de diálisis cualificados. También tienes cubierta de otros servicios fuera del área de acuerdo con el programa de viajero/visitante como se describe en detalle el Capítulo 4 Sección de Programa de viajero/visitante. Servicios de no emergencia fuera del área de servicio requiere autorización previa del plan.

Si no tiene una copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede solicitarla a Departamento de Servicio al Cliente. Puede solicitar en Departamento de Servicio al Cliente más información sobre los proveedores de la red, incluidos sus títulos. Además, puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en www.mapfremedicare.com, o descargarlo de este sitio web. Tanto Departamento de Servicio al Cliente como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada acerca de los cambios en los proveedores de la red.

Sección 3.3 <i>Directorio de Proveedores y Farmacias: su guía de las farmacias de la red</i>
--

Cada año que sea miembro del plan, le enviaremos un nuevo *Directorio de Proveedores y Farmacias* o una actualización para su *Directorio de Proveedores y Farmacias*. El directorio lista todas las farmacias de nuestra red.

¿Qué son las “farmacias de la red”?

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* le proporciona una lista completa de las farmacias de la red, esto significa todas las farmacias que acordaron suministrar las recetas de medicamentos cubiertos de los miembros de nuestro plan.

¿Por qué necesita saber acerca de las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que quiere usar. Es importante debido a que, con algunas excepciones, usted debe presentar sus recetas médicas en alguna de las farmacias de la red si desea que nuestro plan las cubra (le ayude a pagarlas).

Si no tiene el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede solicitar una copia de Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este

manual). En cualquier momento, puede llamar a Departamento de Servicio al Cliente para solicitar información actualizada acerca de los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar la información en nuestro sitio web en www.mapfremedicare.com.

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

El plan tiene una *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. Para abreviar le llamamos “lista de medicamentos”. La lista indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS). Los medicamentos en la lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un grupo de médicos y farmacéutas. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos de MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS).

Además, la lista de medicamentos le informa si existen normas que restringen la cobertura de algunos medicamentos.

Le enviaremos una copia de la lista de medicamentos. La lista de medicamentos que le enviamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos utilizados más habitualmente por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la lista impresa de medicamentos. Si alguno de sus medicamentos no está en la lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o comuníquese con Departamento de Servicio al Cliente para averiguar si están cubiertos por el plan. Para obtener información más completa y actualizada acerca de los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.mapfremedicare.com) o llamar a Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

Sección 3.5 *Explicación de beneficios (“EOB”): informes con un resumen de los pagos realizados de los medicamentos recetados de la Parte D*

Cuando use los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe con un resumen para ayudarle a comprender y mantener un registro de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se conoce como *Explicación de beneficios* (o “EOB” por su sigla en inglés).

El *Explicación de beneficios* le indica la cantidad total que ha gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D*) le ofrece más información sobre el *Explicación de beneficios* y cómo puede ayudarle a dar seguimiento de la cobertura de sus medicamentos.

También está disponible un resumen del *Explicación de beneficios* a solicitud. Para obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente.

SECCIÓN 4 Su prima mensual de MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)

Sección 4.1 ¿Cuánto debe pagar por la prima de su plan?

Usted no paga una prima mensual separada del plan para *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o terceros paguen la prima de la Parte B por usted).

En algunas situaciones, la prima de su plan puede ser mayor.

En algunas situaciones, la prima del plan podría ser mayor a la cantidad que se dio antes en la Sección 4.1. Estas situaciones se describen a continuación.

- La mayoría de las personas paga una prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional debido a su ingreso anual. Si su ingreso es de \$85,000 o más para una persona (o personas casadas que declaran impuestos por separado) o \$170,000 o más para parejas casadas, usted debe pagar una cantidad adicional para la cobertura de la Parte D de Medicare. Si tiene que pagar una cantidad adicional, la Administración del Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional. Si desea más información acerca de las primas de la Parte D, en base al ingreso, consulte el Capítulo 6, Sección 11 de este manual. Además, puede visitar el sitio web <http://www.medicare.gov> o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778.
- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o debido a que tuvieron un período continuo de 63 días o más sin una cobertura “válida” de medicamentos recetados. (“Válida” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía se agrega a la prima mensual del plan. La cantidad de la prima será la prima mensual del plan más la cantidad de su multa por inscripción tardía.
 - Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, la cantidad de la multa dependerá de cuánto tiempo esperó antes de inscribirse en la cobertura de medicamentos o cuántos meses estuvo sin cobertura de medicamentos después de ser elegible. El Capítulo 6, Sección 10 explica la multa por inscripción tardía.
 - Si tiene una multa por inscripción tardía y no la paga, podría ser dado de baja del plan.

Muchos miembros tienen que pagar otras primas de Medicare

Bajo nuestro plan pagas tu prima mensual de la Parte B menos un reembolso de hasta \$19.50 como tu prima de la Parte B.

Según se explica anteriormente en la Sección 2, para reunir los requisitos para nuestro plan, debe ser elegible para la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Por esa razón, algunos miembros del plan pagarán una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan pagarán una prima por la Parte B de Medicare. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare para continuar siendo miembro del plan.

- La copia de *Medicare y Usted 2012* le informa acerca de estas primas en la sección denominada “Costos de Medicare 2012”. La copia explica cómo la prima de la Parte B difiere para personas con distintos ingresos.
- Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada año durante el otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben dentro del mes de la inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2012* del sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa telefónicamente al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2	<i>Existen varias maneras en las que puede pagar la prima de su plan</i>
--------------------	---

Si usted paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, existen 3 maneras en las que puede pagar la multa.

Si decide cambiar la manera en que paga su multa por inscripción tardía, puede tardar hasta tres meses para que entre en vigencia su nuevo método de pago. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de garantizar que la multa por inscripción tardía se pague oportunamente.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Recibirás una factura mensualmente dentro de las primeras semanas de cada mes. Usted puede hacer su pago en cualquier sucursal de MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY. También aceptamos los pagos a través de tarjetas de debito o efectivo.

Si desea pagar en cheque, lo puede enviar por correo a MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY PO Box 71419 San Juan, PR 00936-8519 o visitar cualquier sucursal de MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY.

Opción 2: Debito directo (ACH)

También aceptamos los pagos a través de tarjetas de crédito. En lugar de pagar con cheque, usted puede tener su prima mensual del plan retirado automáticamente de su cuenta bancaria, cargara en su tarjeta de debito en la primera semana de cada mes. Contacta al Departamento de Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar su prima mensual.

Opción 3: Se puede deducir la multa por inscripción tardía de su cheque mensual de Seguro Social

Se puede deducir la multa por inscripción tardía de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Departamento de Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la multa de esta manera. Será un placer ayudarle a establecerlo.

Qué hacer en caso de tener problemas para pagar su multa por inscripción tardía

La multa por inscripción tardía vence y debe estar en nuestra oficina el 1er día del mes. Si no recibimos el pago de la multa antes del día 30 del mes, le enviaremos un aviso informándole que se le dará de baja del plan si no recibimos la multa por inscripción tardía dentro de un periodo de 90 días de gracia.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía a tiempo, comuníquese con Departamento de Servicio al Cliente para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con la multa. Si le damos de baja del plan debido a la falta de pago de la multa por inscripción tardía, entonces no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el período de elección anual. En ese momento, podrá inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados o a un plan de salud que también tenga cobertura de medicamentos recetados. (Si permanece sin cobertura de medicamentos “válida” por más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa cuando se inscriba en un plan de la Parte D.)

Si le damos de baja como miembro debido a la falta de pago de la multa por inscripción tardía, de todas maneras tendrá cobertura bajo Medicare Original. Al momento en que damos de baja su inscripción, es posible que nos deba por la multa que no haya pagado. Tenemos derecho a demandar el pago de la cantidad de la multa que debe. En el futuro, si desea inscribirse de nuevo en nuestro plan (o en cualquier otro plan que ofrezcamos), deberá pagar cantidad atrasada de la multa antes de poder inscribirse.

Si considera que le dimos de baja por error, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Si desea información acerca de cómo apelar la terminación de su cobertura, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.3	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?
--------------------	---

No. No se nos permite comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que deba comenzar a pagar o pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (Se puede aplicar la multa por inscripción tardía si tuvo un período de 63 días consecutivos o más sin cobertura “válida” de medicamentos recetados). Esto podría suceder si es elegible para el programa Ayuda Adicional o si pierde la elegibilidad para el programa Ayuda Adicional durante el año:

- Si actualmente paga la multa y es elegible para la Ayuda Adicional durante el año, ya no debería pagar la multa.
- Si el programa Ayuda Adicional actualmente paga su multa por inscripción tardía y usted pierde su elegibilidad durante este año, usted debería comenzar a pagar la multa.

Puede obtener más información acerca del programa Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 5.1 <i>Cómo ayudar a garantizar que tengamos la información exacta sobre usted</i>
--

Su registro de miembro tiene la información del formulario de inscripción, incluso su dirección y su número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan. Incluyendo su médico de cuidado primario.

Los médicos, hospitales, farmaceutas y otros proveedores de la red del plan deben tener su información personal correcta. **Estos proveedores de la red usan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos incluye su cobertura.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos los siguientes cambios:

- Cambio de nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como por ejemplo de su empleador, el empleador de su esposo(a), compensación al trabajador o Medicaid)
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si fue admitido en un asilo de ancianos
- Si cambia la persona responsable designada (como por ejemplo, el cuidador)
- Si está participando de un estudio de investigación clínica

Si cambia alguna de esta información, llame a Departamento de Servicio al Cliente para informarnos (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

Lea toda la información que le enviamos acerca de cualquier otra cobertura de seguros que tenga

Medicare exige que recopilemos información acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted pueda tener. Se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios dentro de nuestro plan. (Para obtener más información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo.)

Una vez por año, le enviaremos una carta donde figura cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea toda la información detenidamente. Si es correcta, no deberá hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no está allí, comuníquese con Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de la información personal sobre su salud

Sección 6.1	<i>Nos aseguramos de que la información sobre su salud esté protegida</i>
--------------------	--

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

Si desea más información acerca de cómo protegemos la información personal sobre su salud, consulte el Capítulo 8, Sección 1.4 de este manual.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan los otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1	<i>¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?</i>
--------------------	--

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de su empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se le conoce como “pagador primario” y paga hasta el límite de su cobertura. El otro es el “pagador secundario”, sólo paga si queda algún costo pendiente que el pagador primario no haya pagado. El pagador secundario podría no pagar por todos los costos que no estén cubiertos por su plan.

Se aplican las siguientes normas para la cobertura del plan de salud grupal de su empleador o sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura proviene de su empleador actual o de un miembro de su familia, el que paga primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga el empleador y si usted tiene Medicare por su edad, por una incapacidad o porque tiene una Enfermedad Renal Terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y está incapacitado y usted o un miembro de su familia está trabajando, su plan paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si por lo menos un empleador de su plan de empleadores múltiples, tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su esposo(a) está trabajando, su plan paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si por lo menos un empleador de su plan de empleadores múltiples, tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD), su plan paga primero en todos los casos durante los 30 primeros meses que usted tenga Medicare.

Los siguientes tipos de coberturas, por lo general, pagan primero:

- Seguro sin parte culpable (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro médico para mineros (“pulmón negro”)
- Seguro de accidente de trabajo (“compensación al trabajador”)

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Sólo pagan después de que Medicare, su plan de salud grupal y/o Medigap hayan pagado.

Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y a su farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame a Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual.) Tal vez deba darle a su otro seguro su número de Medicare (después de haber confirmado la identidad) para que sus cuentas se paguen correctamente y a tiempo.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de <i>MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)</i> (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Departamento de Servicio al Cliente del plan) 17
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 23
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda e información gratis y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare) 24
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas con Medicare)..... 25
SECCIÓN 5	Seguro Social 26
SECCIÓN 6	Medicaid (programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados)..... 27
SECCIÓN 7	Información acerca de programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados 27
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 29
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador? 30

SECCIÓN 1 Contactos de *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* **(cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con Departamento de Servicio al Cliente del plan)**

Cómo comunicarse con Departamento de Servicio al Cliente del plan

Para recibir ayuda con las reclamaciones, facturación o si tiene preguntas acerca de la tarjeta de miembro, llame o escriba a Departamento de Servicio al Cliente de *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*. Será un placer ayudarle.

Departamento de Servicio al Cliente	
LLAME	1-888-750-5288 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días de la semana. Los Departamento de Servicio al Cliente también ofrecen servicios de intérprete gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	1-866-479-6677 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz. Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días de la semana.
FAX	787-772-8488
ESCRIBA A	PO Box 71419, San Juan, PR 00936-8519 <u>medicareexcel@mapfrepr.com</u>
SITIO WEB	<u>www.mapfremedicare.com</u>

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Si desea más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura para la atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Si tiene preguntas acerca del proceso de decisión de cobertura, puede comunicarse con nosotros.

Decisiones de cobertura para la atención médica	
LLAME	1-888-750-5288 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días a la semana.
TTY/TDD	1-866-479-6677 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz. Las llamadas a este número son gratis.
FAX	787-772-8488
ESCRIBA A	MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY PO Box 71419 San Juan, PR 00936-8519
SITIO WEB	www.mapfremedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación relacionada con su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea más información acerca de cómo realizar una apelación relacionada con su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Apelaciones para atención médica	
LLAME	1-888-750-5288 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días a la semana.
TTY/TDD	1-866-479-6677 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz. Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días a la semana.
FAX	787-772-8488
ESCRIBA A	MAPFRE Medicare Excel Coordinador de Querellas y Apelaciones PO Box 71419 San Juan, PR 00936-8519
SITIO WEB	www.mapfremedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja acerca de su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye conflictos de pagos o coberturas. (Si su problema es acerca de la cobertura o pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre la presentación de una apelación.) Si desea más información acerca de cómo presentar una queja acerca de su atención médica, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Quejas acerca de la atención médica	
LLAME	1-888-750-5288 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días a la semana.
TTY/TDD	1-866-479-6677 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz. Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días a la semana.
FAX	787-772-8488

ESCRIBA A	MAPFRE Medicare Excel Coordinador de Querellas y Apelaciones PO Box 71419 San Juan, PR 00936-8519
------------------	--

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de los medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados de la Parte D. Si desea más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura acerca de los medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D	
LLAME	1-888-750-5288 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días a la semana.
TTY/TDD	1-866-479-6677 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz. Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días a la semana.
FAX	787-772-8488
ESCRIBA A	MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY PO Box 71419 San Juan, PR 00936-8519
SITIO WEB	www.mapfremedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros para realizar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado. Si desea más información acerca de cómo realizar una apelación relacionada con los medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D	
LLAME	1-888-750-5288 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días a la semana.
TTY/TDD	1-866-479-6677 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz. Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días a la semana.
FAX	787-772-8488
ESCRIBA A	MAPFRE Medicare Excel Coordinador de Querellas y Apelaciones PO Box 71419 San Juan, PR 00936-8519
SITIO WEB	www.mapfremedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de nuestras farmacias de la red, incluyendo una queja acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye conflictos con pagos o coberturas. (Si su problema es acerca de la cobertura o pago del plan, debe consultar en la sección anterior sobre la presentación de una apelación.) Si desea más información acerca de cómo presentar una queja relacionada con los medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Quejas acerca de los medicamentos recetados de la Parte D	
LLAME	1-888-750-5288 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días a la semana.
TTY/TDD	1-866-479-6677 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz. Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días a la semana.

FAX	787-772-8488
ESCRIBA A	MAPFRE Medicare Excel Coordinador de Querellas y Apelaciones PO Box 71419 San Juan, PR 00936-8519

Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención médica o un medicamento recibido

Si desea más información acerca de situaciones en las que necesite solicitar un reembolso o pagar una factura recibida de un proveedor, vea el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Solicitudes de pago	
LLAME	1-888-750-5288 Las llamadas a este número son gratis.
TTY/TDD	1-866-479-6677 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz. Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días a la semana.
FAX	787-772-8488
ESCRIBA A	MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY PO Box 71419 San Juan, PR 00936-8519
SITIO WEB	www.mapfremedicare.com

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

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con incapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal que está a cargo del programa Medicare es Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamado “CMS”). Esta agencia tiene un contrato con las organizaciones de Medicare Advantage que nos incluye a nosotros.

Medicare	
LLAME	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY/TDD	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz. Las llamadas a este número son gratis.
SITIO WEB	http://www.medicare.gov Éste es el sitio web oficial gubernamental de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. Además, tiene información sobre hospitales, asilos de ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye manuales que puede imprimir directamente desde su computadora. Además, puede buscar la información de contacto de Medicare en su estado seleccionando “Ayuda” y luego “Teléfonos y sitios web útiles”. Asimismo, el sitio web de Medicare tiene información detallada acerca de sus opciones de elegibilidad e inscripción en Medicare con las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información del estado de elegibilidad de Medicare.

Seleccione “Averigüe si es elegible”.

- **Buscador de planes de Medicare:** Proporciona información personalizada acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare, y las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) disponibles en su área. Seleccione “Planes: salud/recetas” y luego “Comparar planes de salud y de medicamentos” o “Comparar pólizas de Medigap”. Estas herramientas proporcionan una *estimación* de lo que podrían ser los gastos directos de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Si no tiene una computadora, su biblioteca local o el centro para personas de la tercera edad pueden ayudarle a visitar el sitio web desde una computadora. O, puede llamar a Medicare a los números antes mencionados e indicarles la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda e información gratis y respuestas a sus preguntas acerca de Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Puerto Rico, SHIP se conoce como Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada.

Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada es independiente (no tiene conexión con ninguna compañía de seguro o plan médico). Es un programa del estado que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría local gratis a las personas con Medicare.

Los asesores de Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y ayudarle a solucionar los problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada además pueden ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de plan.

Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada	
LLAME	<i>787-721-6121</i>
ESCRIBA A	<i>PO Box 191179, San Juan, PR 00919-1179</i>
SITIO WEB	<i>www.ogave.gobierno.pr</i>

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de Calidad (pagado por Medicare para controlar la calidad de la atención de las personas con Medicare)

En cada estado existe una Organización para el Mejoramiento de Calidad. En Puerto Rico, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se conoce como (Quality Improvement Professional Research Organization) (Organización Profesional para el Mejoramiento de la Calidad).

QIPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. QIPRO es una organización independiente. No tiene conexión con nuestro plan.

Debe comunicarse con QIPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de atención recibida.
- Piensa que la cobertura de su estadía en el hospital está terminando antes de tiempo.
- Piensa que la cobertura de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, del centro de enfermería especializada o del centro ambulatorio de rehabilitación completa (CORF, por su sigla en inglés) están terminando antes de tiempo.

QIPRO (Organización Profesional para el Mejoramiento de Calidad)	
LLAME	<i>1-877-566-0566</i>
TTY/TDD	<i>1-877-881-8812</i> <i>This number requires special telephone equipment and is only for people who have difficulties with hearing or speaking.</i>
ESCRIBA A	QIPRO, Inc. 2 Ponce de León Ave. Mercantil Plaza Bldg Suite 709 San Juan, PR 00918

SITIO WEB <http://www.qipro.org>

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción a Medicare. Los ciudadanos de EE. UU. de 65 años o más, o con incapacidades, o que padezcan Enfermedad Renal Terminal y cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para tener Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción a Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción a Medicare. Para solicitar Medicare, puede comunicarse con el Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

Administración del Seguro Social

LLAME 1-800-772-1213

Las llamadas a este número son gratis.

Disponible de 7:00 AM a 7:00 PM de lunes a viernes.

Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para escuchar la información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.

TTY/TDD 1-800-325-0778

Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz.

Las llamadas a este número son gratis.

Disponible de 7:00 AM a 7:00 PM de lunes a viernes.

SITIO WEB <http://www.ssa.gov>

SECCIÓN 6 Medicaid (programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados)

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos recursos e ingresos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para tener Medicaid.

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid y que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Dichos programas ayudan a las personas de bajos recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos).
- **Beneficiario calificado de Medicare especificado de bajos ingresos (SLMB) y Persona calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si desea más información acerca de Medicaid y sus programas, comuníquese con Departamento de Salud.

Departamento de Salud	
LLAME	787-765-2929/1-877-725-4300
ESCRIBA A	Programa de Asistencia Médica PO Box 70184, San Juan, PR 00936-8184
SITIO WEB	www.salud.gov.pr

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

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Existen programas en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana con ingresos y recursos limitados que le ayudan a pagar sus costos de Medicare. Los programas varían en estos lugares. Llame a la Oficina Estatal de Asistencia

Médica (Medicaid) local para averiguar sobre sus reglamentos (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 de este capítulo). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y diga “Medicaid” para más información. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Además, para obtener más información puede visitar <http://www.medicare.gov>.

Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura

El Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura está disponible a nivel nacional. Dado que *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* ofrece cobertura adicional durante el Período sin Cobertura, sus gastos directos de su bolsillo en ocasiones serán menores a los costos que aquí se describen. Por favor, consulte el Capítulo 6, Sección 6 para obtener más información acerca de su cobertura durante el Período sin Cobertura.

El Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca a los miembros inscritos en la Parte D que han llegado al período sin cobertura y no reciben “Ayuda Adicional”. Está disponible un descuento del 50% sobre el precio negociado (sin incluir la tarifa de suministro y administración de vacuna, si existen) para los medicamentos de marca de fabricantes que hayan acordado pagar el descuento.

Si usted llega al período sin cobertura, automáticamente aplicaremos el descuento cuando la farmacia le facture a usted su receta y el Explicación de beneficios (EOB) mostrará los descuentos proporcionados. La cantidad que usted paga y la cantidad descontada por el fabricante se tienen en cuenta para sus gastos directos de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo ayuda a pasar el período sin cobertura.

Además, recibe cobertura para medicamentos genéricos. Si llega al período sin cobertura, el plan paga el 14% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 86% restante del precio. La cobertura para medicamentos genéricos funciona de manera diferente que el descuento del 50% para los medicamentos de marca. Para los medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (14%) no se tiene en cuenta para los gastos directos de su bolsillo. Solamente cuenta la cantidad que usted paga y le ayuda a pasar el período sin cobertura. Además, la tarifa de suministro está incluida como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta acerca de la disponibilidad de los descuentos para medicamentos que esté tomando o acerca del Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura en general, llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

¿Qué sucede si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de los medicamentos recetados? ¿Puede recibir los descuentos?

No. si usted recibe Ayuda Adicional, ya recibe cobertura para los costos de medicamentos recetados durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento que usted cree que debería tener?

Si cree que ha llegado al período sin cobertura y no recibió descuento al pagar por sus medicamentos de marca, debe revisar el próximo aviso del *Explicación de beneficios* (EOB). Si el descuento no aparece en el *Explicación de beneficios*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas médicas son correctos y están actualizados. Si no estamos de acuerdo que le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación por parte del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) (los números de teléfono están en la Sección 3 de este capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores de ferrocarriles de la nación y sus familias. Si tiene preguntas acerca de los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Junta de Retiro Ferroviario	
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 9:00 AM a 3:30 PM de lunes a viernes. Si tiene un teléfono de marcación por tonos, información grabada y servicios automatizados están disponibles las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY/TDD	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratis.
SITIO WEB	http://www.rrb.gov

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

Si usted (o su esposo(a)) recibe los beneficios de su empleador (o el de su esposo(a)) o grupo de jubilados, comuníquese con el administrador de beneficios del empleador/sindicato o Departamento de Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede solicitar información acerca de los beneficios de salud, primas o período de inscripción de su empleador (o el de su esposo(a)) o para jubilados.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador o plan grupal de jubilados (o el de su esposo(a)), comuníquese con el **administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios le puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

Capítulo 3. Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1	Lo que debe saber para obtener cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan	33
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	33
Sección 1.2	Normas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan	33
SECCIÓN 2	Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica	35
Sección 2.1	Usted debe elegir un médico de cuidado primario o “PCP” para proporcionar y supervisar su atención médica.....	35
Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación previa de su médico de cuidado primario o “PCP”?.....	36
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	36
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores que no pertenecen a la red.....	37
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos en caso de una emergencia o necesidad urgente de atención médica	37
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	37
Sección 3.2	Obtención de atención médica en caso de urgencia.....	39
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?.....	39
Sección 4.1	Puede solicitar al plan el pago de la parte del costo que le corresponde de los servicios cubiertos	39
Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total	40
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando se encuentra en un “estudio de investigación clínica”?	40
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	40

Sección 5.2	Cuándo usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	41
SECCIÓN 6	Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica para servicios de la salud”	43
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de la salud?	43
Sección 6.2	¿Qué atención por parte de una institución religiosa no médica para servicios de la salud está cubierta por nuestro plan?	43
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	44
Sección 7.1	¿Usted será dueño de su equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?	44

SECCIÓN 1 Lo que debe saber para obtener cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo le indica lo que debe saber para usar el plan de manera que su atención médica esté cubierta. Le proporciona definiciones de términos y le explica las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar como parte del costo cuando recibe dicha atención, utilice la tabla de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarle a comprender cómo recibir la atención y los servicios que usted tiene cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los “**Proveedores**” son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proporcionar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los “**proveedores de la red**” son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros de aceptar nuestro pago y la cantidad que usted paga de costo compartido como pago total. Hemos coordinado que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red generalmente nos facturan directamente la atención que le proporcionando a usted. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, generalmente paga sólo la parte del costo que le corresponde de los servicios.
- Los “**servicios cubiertos**” incluyen toda la atención médica, los servicios de atención de la salud, los suministros y equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para atención médica se listan en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe cumplir con las normas de cobertura de Medicare Original.

Por lo general, *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* cubrirá su atención médica siempre y cuando:

-
- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
 - **La atención que reciba se considere necesaria por razones médicas.** “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, suministros y medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su problema de salud y cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica.
 - **Usted tenga un médico de cuidado primario o “PCP” de la red que proporcione y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de cuidado primario o “PCP” de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su médico de cuidado primario o “PCP” de la red debe dar su aprobación previa antes de poder usar otros proveedores de la red del plan, como por ejemplo especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada, o agencias de cuidado de la salud en el hogar. A esto se le llama “referido”. Si desea más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se necesitan referidos de su médico de cuidado primario o “PCP” para recibir servicios de emergencia o atención urgente. Además, existen otras clases de atención que puede recibir sin necesitar la aprobación previa de su médico de cuidado primario o “PCP” (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
 - **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no sea parte de la red del plan) no estará cubierta. *Estas son tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de emergencia o la atención urgente que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber qué significa servicios de emergencia o atención urgente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que sea cubierta por nuestro plan y los proveedores de la red no pueden proporcionar esa atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si hubiera obtenido atención de un proveedor de la red. Si desea más información acerca de la obtención de aprobación para consultar un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado de Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica

Sección 2.1 Usted debe elegir un médico de cuidado primario o “PCP” para proporcionar y supervisar su atención médica

¿Qué es un médico de cuidado primario o “PCP” y qué hace por usted?

Cuando te conviertes en un beneficiario de nuestro plan, debes elegir un proveedor del plan para que sea tu PCP. Tu PCP es un profesional del cuidado de la salud que cumple con los requisitos del estado y está adiestrado para brindarle cuidado médico básico. Como explicamos más abajo, recibirás tu cuidado básico o de rutina de tu PCP. Este también coordinará el resto de los servicios cubiertos que recibas como beneficiario de nuestro plan. Te proporcionará la mayor parte de tu cuidado médico y te ayudará a manejar y coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibas como beneficiario de nuestro plan. Esto incluye: rayos X, pruebas de laboratorio, terapias, cuidado de médicos especialistas, admisiones a hospitales y cuidado de seguimiento.

Tu PCP puede ser cualquier médico de nuestra red cuya especialidad sea: Medicina General, Medicina Familiar, Medicina Interna, Geriátrica, Cardiología, Nefrología, Endocrinólogo, Urólogo, Neumólogo, Hemato-Oncología Reumatología, Ginecólogo Obstetra y Neurología. Estas son las especialidades que el plan considera para los Médicos de cuidado primario.

El rol de un PCP del plan es proporcionar cuidado médico básico y coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibes como beneficiario de nuestro Plan. No necesitas referido. La coordinación de tus servicios incluye revisar o consultar con otros proveedores del plan acerca de tu cuidado y cuán efectivo está siendo. En algunos casos, tu PCP necesitará obtener una autorización previa (aprobación por adelantado). Como tu PCP puede proveer y coordinar tu cuidado de salud, debes enviar a su oficina todos tus registros médicos anteriores.

¿Cómo elegir a su médico de cuidado primario o “PCP”?

Seleccionas tu PCP al realizar el proceso de afiliación. Puedes seleccionarlo de nuestro directorio; de lo contrario nosotros te asignaremos uno.

Cambio de su médico de cuidado primario o “PCP”

Puedes cambiar tu PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, puede ocurrir que tu PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y deberás encontrar uno nuevo.

A veces un PCP, clínica especialista, hospital u otro proveedor que estés usando abandona nuestro plan. Si esto ocurre, puedes cambiar a otro proveedor que forme parte de nuestro plan. Si tu PCP abandona nuestro plan, te lo haremos saber y te ayudaremos a seleccionar otro, de manera que puedas continuar recibiendo los servicios cubiertos.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación previa de su médico de cuidado primario o “PCP”?

Puede recibir los servicios que se indican a continuación sin obtener la aprobación previa de su médico de cuidado primario o “PCP”.

- Atención médica femenina de rutina, lo que incluye exámenes de los senos, mamografías (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe (“Flu shots”) y vacunas neumocócicas siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia que reciba de proveedores de la red o fuera de la red.
- Atención urgente que reciba de proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red temporalmente no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos, por ejemplo, cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado de Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si fuera posible, comuníquese con Departamento de Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar el servicio de diálisis de mantenimiento para usted mientras se encuentre en otro lugar).

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

El especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo en particular. Existen muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con condiciones cardíacas (del corazón).
- Cirujanos ortopédicos, que atienden a pacientes con ciertas condiciones óseas, musculares o articulares.
- La coordinación de tus servicios incluye revisar o consultar con otros proveedores del plan acerca de tu cuidado y cuán efectivo está siendo. En algunos casos, tu PCP necesitará obtener una autorización previa (aprobación por adelantado). Como tu PCP puede proveer y coordinar tu cuidado de salud, debes enviar a su oficina todos tus registros médicos anteriores.
- Todo servicio listado con un asterisco (*) en la tabla de beneficios de la Sección 10, necesita autorización por adelantado del plan.

- En nuestra red puedes seleccionar cualquier PCP y esto no afectará de ninguna manera el acceso a otros proveedores porque no tenemos sub-redes o restricciones de acceso en relación a quién seleccionas como tu PCP.
- No necesitas referidos.

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

En ocasiones, es posible que un especialista, clínica, hospital u otro proveedor de la red que lo atiende abandone el plan. Durante los siguientes 90 días, estarás cubierto por un período de transición durante el cual podrás seguir recibiendo los servicios con el mismo copago o coaseguro dentro de la red. Durante ese tiempo debes decidir cambiar a otro proveedor de la red para seguir recibiendo los servicios a un costo compartido de la red o si el servicio recibido, es un servicio de Puntos de Servicio para poder permanecer con ese proveedor y comenzar a pagar un costo compartido fuera de la red. El Departamento de Servicio al Cliente podrá ayudarte a encontrar y seleccionar a otro proveedor.

Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores que no pertenecen a la red
--------------------	--

Puedes obtener los servicios fuera de la red de proveedores que se encuentran en Puntos de Servicio a un costo compartido más elevado, por lo general el 20% de coaseguro. Los proveedores que se pueden acceder fuera de la red están en el Capítulo 4, Sección 2 en la tabla de beneficios bajo servicios de POS. Es muy importante señalar que los servicios de salud mental y los servicios de Equipo Médico Duradero, incluyendo prótesis y aparatos ortopédicos, no están disponibles fuera de la red.

SECCIÓN 3

Cómo obtener servicios cubiertos en caso de una emergencia o necesidad urgente de atención médica

Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica
--------------------	---

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que ocurra?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad (por ejemplo, un brazo, una pierna). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o condición médica que empeora rápidamente.

Si se encuentra ante una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda médica lo antes posible.** Llame al 911 para recibir ayuda o acuda a la sala de emergencias, hospital o centro de atención de urgencias más cercano. Llame a una ambulancia, si fuera necesario. *No* necesita obtener una aprobación o referido previo de su médico de cuidado primario o “PCP”.
- **Tan pronto puedas, asegúrate de comunicarnos acerca de tu emergencia.** Necesitamos realizar el seguimiento posterior de la atención médica de emergencia. Usted u otra persona deberá llamar para informarnos acerca de la atención médica de emergencia, generalmente dentro de las siguientes 48 horas. Favor de llamar al número 1-866-990-7309 (libre de cargos) que aparece en la parte de atrás de tu tarjeta.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede obtener cobertura para los servicios de emergencia cuando lo necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en las situaciones en que llegar a la sala de emergencias de cualquier otro modo podría poner en peligro su salud. Si desea más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este manual.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que atienden su emergencia para ayudar a administrar y realizar el seguimiento posterior. Los doctores que le proporcionan servicios médicos de emergencia decidirán el momento en que su condición sea estable y la emergencia haya finalizado.

Después de que la emergencia haya finalizado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su condición siga estable. El plan cubrirá la atención de seguimiento. Si recibe servicios de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos coordinar que proveedores de la red se encarguen de su atención cuando su condición médica y las circunstancias lo permitan.

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

En algunas ocasiones puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede acudir por servicios de emergencia, creyendo que su salud se encuentra en grave peligro, y el médico puede indicar que en realidad no se trataba de una emergencia. Si se concluye que no era una emergencia, siempre y cuando usted haya considerado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención médica.

Sin embargo, después de que el doctor haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos atención médica adicional *sólo* si obtiene la atención adicional de una de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para obtener la atención médica adicional.
- *O* la atención médica adicional que recibe se considera “atención urgente” y usted sigue las normas para obtener la atención urgente (para obtener más información consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Obtención de atención médica en caso de urgencia
--------------------	---

¿Qué es la “atención urgente”?

La “atención urgente” es atención que se proporciona para tratar una enfermedad, lesión o condición médica que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediatamente, pero la red de proveedores del plan no está disponible o no se puede acceder temporalmente. La condición imprevista podría ser, por ejemplo, el agravamiento de una condición médica conocida que padece (por ejemplo, el agravamiento de una enfermedad crónica de la piel).

¿Qué sucede si se encuentra dentro del área de servicio del plan cuando necesita atención médica urgente?

En la mayoría de los casos, si se encuentra dentro del área de servicio del plan, cubriremos la atención médica urgente *sólo* si recibe esta atención de un proveedor de la red y sigue las normas mencionadas con anterioridad en este capítulo. Sin embargo, si las circunstancias son inusuales o extraordinarias, y los proveedores de la red están temporalmente no disponibles o no se pueda acceder a ellos, cubriremos la atención médica urgente que reciba de un proveedor fuera de la red.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención médica urgente?

Cuando se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir atención médica de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá la atención médica urgente que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre los cuidados de urgencia necesarios si lo recibes fuera de los Estados Unidos. Sin embargo nuestro plan cubre los cuidados de emergencia fuera de los Estados Unidos hasta \$3,000 por año según las instrucciones y limitaciones especificadas en la tabla de beneficios del capítulo 4.

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

Sección 4.1	Puede solicitar al plan el pago de la parte del costo que le corresponde de los servicios cubiertos
--------------------	--

Si pagó más de lo que le corresponde por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información acerca de cómo proceder.

Sección 4.2	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total
--------------------	--

MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS) cubre todos los servicios médicos necesarios por razones médicas, que se listan en la Tabla de beneficios médicos del plan (dicha tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual), y se obtienen de acuerdo con las normas del plan. Usted es responsable del pago del costo total de los servicios que no están cubiertos por el plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red donde no son autorizados.

Si tiene alguna pregunta acerca de si pagaremos algún servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a consultarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) ofrece más información acerca de qué hacer si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o desea apelar una decisión que hemos tomado. Además, puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la parte de atrás de este manual para obtener más información acerca de cómo hacerlo.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. *Pago de los gastos una vez se llega el límite de beneficios contará hacia el máximo de gastos de tu bolsillo.* Puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente cuando desee saber cuánto ha utilizado de su límite de beneficio.

SECCIÓN 5 **¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando se encuentra en un “estudio de investigación clínica”?**

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

Un estudio de investigación clínica es la manera en que los médicos e investigadores prueban nuevos tipos de atención médica, como el grado de eficacia de un medicamento para tratar el cáncer. Para probar nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos solicitan voluntarios para que colaboren en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos e investigadores a saber si funciona un nuevo tratamiento y si es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los miembros de nuestro plan. Medicare primero debe aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio *no* aprobado por Medicare, *usted será responsable del pago de todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más acerca del estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que dirigen el estudio. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos del estudio y comprenda y acepte por completo lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original pagará la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de la atención médica (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación o de médico de cuidado primario o “PCP”. Los proveedores que le ofrecen atención médica como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan participar de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **deberá comunicárnoslo antes de iniciar su participación en un estudio de investigación clínica.** Estas son las razones por la que debe comunicárnoslo:

1. Podemos informarle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
2. Podemos informarle qué servicios recibirá de los proveedores del estudio de investigación clínica en lugar de nuestro plan.

Si planea participar de un estudio de investigación clínica, comuníquese con Departamento de Servicio al Cliente (consulte el Capítulo 2, Sección 1 de esta *Evidencia de Cubierta*).

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

Cuando participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, estarán cubiertos los suministros y servicios que reciba como parte del estudio de investigación, incluye:

- Alojamiento y comida por la estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención médica.

Medicare Original paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que lo que pagaría si recibiera dichos servicios por parte de nuestro plan.

A continuación se muestra un ejemplo del funcionamiento del costo compartido: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos de dicho análisis es de \$20 dentro del Medicare Original, pero sería de sólo \$10 dentro de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es la misma cantidad que pagaría dentro de los beneficios de nuestro plan.

A fin de que paguemos la parte de los costos que nos corresponde, usted deberá enviar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de su Resumen de Medicare u otra documentación que muestre los servicios que recibió como parte del estudio y cuánto le debemos. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información acerca del envío de solicitudes de pago.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo suministro o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el suministro o servicio incluso si usted *no* formara parte del estudio.
- Los suministros y servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Los suministros o servicios que le proporcionen sólo para recopilar datos, y no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su condición generalmente requiere sólo una.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información acerca de la inscripción en un estudio de investigación clínica leyendo la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica” en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una “institución religiosa no médica para servicios de la salud”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica para servicios de la salud?

Una institución religiosa no médica para servicios de la salud es una institución que proporciona atención para una enfermedad que comúnmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada está en contra de las creencias religiosas del miembro, en su lugar nuestro plan proporcionará cobertura por la atención en una institución religiosa no médica para servicios de la salud. Puede elegir obtener atención médica en cualquier momento por cualquier razón. Este beneficio sólo se proporciona para los servicios de internación de la Parte A (servicios de atención no médica de la salud). Medicare sólo pagará los servicios de atención no médica proporcionados por instituciones religiosas no médicas para servicios de la salud.

Sección 6.2 ¿Qué atención por parte de una institución religiosa no médica para servicios de la salud está cubierta por nuestro plan?

Para recibir atención de una institución religiosa no médica para servicios de la salud, deberá firmar un documento legal que exprese que usted se opone voluntariamente a aceptar el tratamiento médico “no excluyente”.

- El tratamiento o la atención médica “no excluyente” es cualquier atención médica o tratamiento *voluntario y no requerido* por ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “excluyente” es la atención médica o el tratamiento que recibe que *no* es voluntario o que *se requiere* por ley federal, estatal o local.

Para tener cobertura del plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica para servicios de la salud, deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que proporcione la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se proporcionen en su hogar, nuestro plan cubrirá esos servicios sólo si su enfermedad normalmente cumpliría con las condiciones para la cobertura de los servicios proporcionados por las agencias de cuidado de la salud en el hogar que no son instituciones religiosas no médicas para servicios de la salud..
- Si recibe servicios de esta institución proporcionados en la institución, se aplican las siguientes condiciones:

- Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para recibir atención de internación o en un centro de enfermería especializada.
- – Y – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en la institución o su estadía no será cubierta.

Aplican los límites de cubierta de hospital para pacientes hospitalizados de Medicare (ve a la Tabla de beneficios en el Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Usted será dueño de su equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero incluye suministros tales como equipos de oxígeno e insumos, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital solicitados por un proveedor para usar en el hogar. Algunos suministros, como las prótesis siempre pertenecen al miembro. En esta sección, analizamos otros tipos de equipo médico duradero que se deben alquilar.

En el Medicare Original, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero serán dueños del equipo después de pagar los copagos del suministro durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*, usted generalmente no será dueño de suministros del equipo médico duradero alquilado independientemente de la cantidad de copagos que realice por el suministro mientras sea miembro de nuestro plan. Bajo determinadas circunstancias, transferiremos la posesión del artículo del equipo médico duradero. Llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual) para averiguar acerca de los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

¿Qué sucede con los pagos que realizó para equipo médico duradero si cambia al Medicare Original?

Si cambia al Medicare Original después de ser miembro de nuestro plan: Si no adquirió la posesión del suministro de equipo médico duradero mientras era miembro de nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el suministro mientras se encuentra en el Medicare Original para adquirir la posesión del suministro. Sus pagos anteriores mientras se encontraba en nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos nuevos consecutivos.

Si realizó pagos para el suministro del equipo médico duradero dentro del Medicare Original *antes* de inscribirse en nuestro plan, dichos pagos previos a Medicare Original tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos nuevos consecutivos. Deberá realizar 13 pagos nuevos consecutivos para el suministro dentro del Medicare Original a fin de obtener la posesión. No existen excepciones a esta situación cuando regresa al Medicare Original.

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

SECCIÓN 1	Entienda los gastos directos de su bolsillo de los servicios cubiertos	46
Sección 1.1	Tipos de gastos directos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos.....	46
Sección 1.2	¿Cuánto es lo máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos De las Partes A y B de Medicare?.....	46
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una “factura de saldos”	47
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar	48
Sección 2.1	Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan.....	48
Sección 2.2	Cómo obtener atención utilizando el beneficio opcional para visitantes/viajeros de nuestro plan	82
SECCIÓN 3	¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?	83
Sección 3.1	Beneficios que no cubrimos (exclusiones)	83

SECCIÓN 1 Entienda los gastos directos de su bolsillo de los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que usted paga por los beneficios médicos. Incluye una Tabla de beneficios médicos que ofrece una lista de los servicios cubiertos y le indica cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. Además, explica las limitaciones en determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos directos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos

Para comprender la información de los pagos que se mencionan en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos directos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos.

- El “**deducible**” es la cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos que reciba antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El “**copago**” es la cantidad fija que paga cada vez que recibe un determinado servicio médico. Usted paga el copago cuando recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le proporciona más información acerca de los copagos.)
- El “**coaseguro**” es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga el coaseguro cuando recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le proporciona más información acerca del coaseguro.)

Algunas personas son elegibles para los programas estatales de Medicaid que los ayudan a pagar sus gastos directos de su bolsillo de Medicare. (Estos “Programas de Ahorros de Medicare” incluyen los programas Beneficiario calificado de Medicare (QMB), Beneficiario calificado de Medicare especificado de bajos ingresos (SLMB), Persona calificada (QI), y Trabajadores discapacitados calificados (QDWI).) Si está inscrito en uno de estos programas, es posible que deba pagar un copago por el servicio, dependiendo de las normas de su estado.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos De las Partes A y B de Medicare?
--

Como usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite a la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos de la red que están cubiertos dentro de las Partes A y B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina la cantidad máximo de gastos de su bolsillo para servicios médicos.

Como miembro de *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*, el máximo que deberá pagar de gastos directos de su bolsillo por servicios cubiertos de la red de las Partes A y B en 2012 es de \$6,700.00. Las cantidades que usted paga de deducibles, copagos y coaseguro por servicios cubiertos de la red se tendrán en cuenta para la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo. (Las cantidades que usted paga por las primas de su plan y los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo. Además, las cantidades que usted paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos.) Si alcanza la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo de \$6,700.00, no deberá pagar más de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la red de las Partes A y B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o terceros paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le envíen una “factura de saldos”
--------------------	--

Como miembro de *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*, una protección importante para usted es que, después de cumplir con los deducibles, sólo debe pagar la cantidad del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por el plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado tales como “facturación de saldos”. Esta protección (que usted nunca paga más que la cantidad del costo compartido del plan) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra el proveedor por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección funciona de la siguiente manera.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad en dólares establecido, por ejemplo, \$15.00), usted paga sólo esa cantidad por cualquier servicio por parte de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo que le corresponde depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si obtiene servicios cubiertos por parte de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo que se determina en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si obtiene servicios cubiertos por parte de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red sólo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe un referido.)

- Si obtiene servicios cubiertos por parte de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga la cantidad del coaseguro multiplicada por la tasa de pago de Medicare para los proveedores que no participan. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red sólo en determinadas situaciones, como cuando usted recibe un referido.)

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos que se encuentra en las páginas siguientes lista los servicios que cubre *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos sólo cuando se cumplen los requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben ser provistos de acuerdo con las reglas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (incluyendo la atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben* ser necesarios por razones médicas. “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, suministros y medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su problema de salud y cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica.
- Usted reciba atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor que no pertenece a la red. El Capítulo 3 proporciona más información acerca de los requisitos para usar los proveedores de la red y las situaciones en que cubriremos los servicios de un proveedor que no pertenece a la red.
- Algunos de los servicios que se detallan en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *sólo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (algunas veces se llama “autorización previa”). En la Tabla de beneficios médicos se señalan los servicios cubiertos que requieren aprobación previa con un asterisco.
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo dentro del Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si además recibe tratamiento o control de una condición médica existente durante la visita en la que recibe servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la condición médica existente.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
Cuidado al paciente hospitalizado	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados</p> <p><i>No hay límite de días para cada período de beneficios.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semi-privada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas).• Comidas, incluidas las dietas especiales.• Servicios de enfermería comunes.• Costos de unidades de cuidados especiales (como unidad coronaria o de cuidados intensivos).• Fármacos y medicamentos.• Análisis de laboratorio.• Rayos X y otros servicios de radiología.• Insumos quirúrgicos y médicos necesarios.• Uso de dispositivos, tales como sillas de ruedas.• Costos de quirófanos y salas de recuperación.• Terapia física, ocupacional y terapia del lenguaje/habla.• Servicios de internación por abuso de sustancias.• Bajo determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplante: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso, y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Si <i>MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)</i> proporciona servicios de trasplante en un lugar distante (más alejado que los estándares de atención normales de la comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.• Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura	<p>Dentro de la Red</p> <p>No hay límite al número de días cubiertos por el plan para cada período de beneficios.</p> <p>\$85 copago por hospitalización cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 copago por días adicionales en el hospital.</p> <p>Excepto en emergencias, tu médico debe notificar al plan que vas a ser admitido en el hospital.</p> <p>Si recibe servicios de internación autorizados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo es el más alto costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Sangre: Deducible de 3 pintas no queda exonerado. Tú pagas 0% del costo.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>de sangre completa y el volumen de glóbulos rojos comienza con la primera cuarta pinta de sangre que necesita, usted paga la primera pinta de sangre no reemplazada. Los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios del médico. <p>Nota: Para la internación, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo en el hospital. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente interno, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare – Pregunte”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Cuidados de salud mental al paciente hospitalizado</p> <ul style="list-style-type: none">Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren estadía en el hospital. Estás cubierto por un límite de por vida de 190 días en servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de los 190 días <i>no aplicará a los servicios de cuidado de salud mental provistos en la unidad de psiquiatría de un hospital general.</i>	<p>Dentro de la red</p> <p>Recibirás hasta 190 días para hospitalización siquiátrica cuentan para el límite vitalicio de 190 días.</p> <p>En el 2011 las cantidades correspondientes para cada día de beneficio fueron: Días 1-60 \$0 deducible Días 61-90 \$283 por día Días 91-150 \$566 por cada día de reserva de por vida. Estas cantidades cambiarán en el 2012.</p> <p>No tendrás que pagar copagos adicionales por servicios profesionales.</p> <p>Excepto en emergencias, tu médico debe notificar al plan que vas a ser admitido al hospital.</p> <p>Para coordinar todos los servicios de salud mental contacta nuestra línea de salud mental MAPFRE APOYO al 1-866-942-3817.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>*Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)</p> <p>(Para conocer la definición de “centro de enfermería especializada” consulte el Capítulo 12 de este manual. A los centros de enfermería especializada en ocasiones se los llama “SNF”.)</p> <p><i>Estarás cubierto por 100 días en cada período de beneficio. No se requiere previa estadía hospitalaria.</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semi-privada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas).• Comidas, incluidas las dietas especiales.• Servicios de enfermería comunes.• Terapia física, ocupacional y del habla.• Medicamentos que reciba como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes en el organismo naturalmente, tales como factores coagulantes de la sangre).• Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y el volumen de glóbulos rojos comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita, usted paga la primera pinta de sangre no reemplazada. Los demás componentes de la sangre se cubren a partir de la primera pinta utilizada.• Artículos médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los centros de enfermería especializada.• Análisis de laboratorio proporcionados normalmente por los centros de enfermería especializada.• Rayos X y otros servicios de radiología proporcionados normalmente por los centros de enfermería especializada.• Uso de dispositivos, tales como sillas de rueda, proporcionados normalmente por los centros de enfermería especializada.• Servicios médicos. <p>Por lo general, recibirá atención de centros de enfermería especializada en centros del plan. Sin embargo, en determinados casos que se detallan a continuación, es posible que usted pague un costo compartido de la red por la atención de un centro que no pertenece a un</p>	<p>General</p> <p>Las reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>El plan cubre hasta 100 días por cada Período de beneficio.</p> <p>No requiere previa hospitalización.</p> <p>En el 2011 las cantidades correspondientes para cada día de beneficio fueron: Días 1-20 \$0 por día Días 21-100 \$141.50 por día</p> <p>Estas cantidades cambiarán en el 2012.</p> <p>No tendrás que pagar copagos adicionales por servicios profesionales.</p> <p><i>Sangre: deducible de 3 pintas no aplica. Tú pagas 0% del costo.</i></p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>proveedor del plan si éste acepta las cantidades que paga nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un asilo de ancianos o comunidad de atención continúa para jubilados en donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que el lugar proporcione atención de enfermería especializada). • Un centro de enfermería especializada en el que viva su esposo(a) en el momento en que usted deja el hospital. 	
<p>*Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados o en SNF cuando los días no son, o ya no sean cubiertos</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de internación o si la estadía en el hospital no es razonable ni necesaria, no cubriremos la estadía en el hospital. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico. • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio). • Rayos X, radioterapia y terapia con radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortóticos (que no sean dentales) que reemplacen, en parte o por completo, un órgano interno (incluido el tejido contiguo) o que suplan, en parte o por completo, las funciones de un órgano inoperable o disfuncional, incluyendo el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • Aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello, soportes y piernas, brazos u ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambios en el estado físico del paciente. • Terapia física, del habla y terapia ocupacional. 	<p>General Las reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>Dentro de la Red El plan cubre hasta 100 días por cada Período de beneficio.</p> <p>No requiere previa hospitalización.</p> <p>No tendrás que pagar copagos adicionales por servicios profesionales.</p> <p><i>Sangre: deducible de 3 pintas no aplica. Tú pagas 0% del costo.</i></p>
<p>*Atención en agencia de cuidado de la salud en el hogar</p>	<p>General</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada y de auxiliares para el hogar, de tiempo parcial o intermitente. (Para que estén cubiertos como beneficio de cuidado de la salud en el hogar, los servicios combinados de enfermería especializada y de auxiliares para el hogar deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).• Terapia física, ocupacional y del habla.• Servicios médicos y sociales.• Equipos y suministros médicos.	<p>Reglas de autorización pudiera aplicar.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago por visitas a domicilio cubiertas por Medicare.</p>
<p>Cuidado de hospicio</p> <p>Puede recibir atención por parte de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. El médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o no.</p> <p>Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios de hospicio y cualquier servicio de las Partes A y B relacionadas con su enfermedad terminal. Mientras se encuentra en el programa de hospicio, el proveedor de hospicio facturará a Medicare Original los servicios que Medicare Original paga.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de los síntomas y para aliviar el dolor.• Cuidado de relevo a corto plazo.• Cuidado en el hogar. <p>Usted continúa siendo miembro de nuestro plan. Si usted necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su enfermedad terminal), tiene dos opciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Puede obtener atención que no sea de hospicio por parte de proveedores del plan. En este caso, sólo paga el costo compartido permitido por el plan.• - O - Puede obtener atención cubierta por Medicare Original. En este caso, debe pagar las cantidades de costo compartido de	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de las Partes A y B relacionados con su enfermedad terminal son pagados por Medicare Original, no <i>MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)</i>.</p> <p>General Deberás recibir cuidado de un hospicio certificado por Medicare. Su plan va a pagar por una visita de consulta antes de seleccionar hospicio.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Medicare Original, excepto para atención urgente o servicios de emergencia. Sin embargo, después de realizar el pago, puede solicitarnos que le devolvamos la diferencia entre el costo compartido en nuestro plan y el costo compartido en Medicare Original.</p> <p>Nota: Si usted necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su enfermedad terminal), debe contactarnos para coordinar los servicios. Obtener la atención que no sea de hospicio a través de proveedores de nuestra red reducirá la parte de los costos que le corresponde por los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (sólo por única vez) para una persona con enfermedad terminal que no fueron elegidos para el beneficio de hospicio.</p>	<p><i>\$0 copago por servicios de consulta de hospicio.</i></p>
Servicios ambulatorios	
<p>Servicios médicos, incluso visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos o quirúrgicos necesarios por razones médicas recibidos en el consultorio del médico, centro de cirugía ambulatoria certificada, departamento ambulatorio hospitalario o cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista. • Exámenes básicos de oído y equilibrio realizado por su médico de cuidado primario (PCP), si el médico lo solicita para saber si necesita un tratamiento médico. • Visitas al consultorio mediante telemedicina, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento de un especialista. • Segunda opinión por parte de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Cuidado dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para 	<p>Dentro de la Red</p> <p>\$2 de copago por cada visita a tu médico primario por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$2 copago por el costo de cada visita del cuidado urgente de la red perteneciente a la zona de cubierta por Medicare.</p> <p>\$2 copago por cada visita a especialistas por servicios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
tratamientos de radiación en casos de enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico).	
<p>Servicios ambulatorios en el hospital</p> <p>Cubrimos servicios necesarios por razones médicas que recibe en el departamento de atención ambulatoria del hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencia o clínica ambulatoria, incluyendo cirugía en el día.• Análisis de laboratorio facturados por el hospital.• Atención de la salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial, si el médico certifica que el tratamiento mientras está internado se solicitaría sin éste.• Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital.• Suministros médicos como férulas y yesos.• Determinadas evaluaciones de detección y servicios preventivos.• Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede proporcionarse. <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una solicitud para admitirlo a usted como interno en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido para los servicios ambulatorios del hospital. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>Además, puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare – Pregunte”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11435.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos</p>	<p><i>\$0 copago.</i></p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones. 	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 copago por visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare.</p> <p>Visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare para manipulación manual de la espina dorsal para corregir la subluxación (desplazamiento de una coyuntura o parte del cuerpo) si la obtienes de un quiropráctico u otros.</p>
<p>Servicios de podiátricos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para miembros con determinadas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores. 	<p><i>Dentro de la Red</i></p> <p><i>\$0 copago por visitas al podiatra cubiertas por Medicare. Hasta 6 visitas suplementarias rutinarias cada año.</i></p> <p><i>Servicios de podiatría cubiertos por Medicare para el cuidado medicamente necesario de los pies.</i></p>
<p>*Cuidado de salud mental ambulatorio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental proporcionados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero profesional, asistente médico u otro profesional de la salud mental aprobado de Medicare, según lo permitido en las leyes estatales que correspondan.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pudiera aplicar.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>42% del costo por cada visita de terapia individual/grupal cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	<p>42% del costo de cada visita de terapia individual/ grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Para coordinar todos los servicios de salud mental contacta nuestra línea de salud mental MAPFRE APOYO al 1-866-942-3817.</p>
<p>*Servicios de hospitalización parcial</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como paciente ambulatorio del hospital o por una clínica comunitaria de salud mental, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta, y es una alternativa a la internación hospitalaria.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos hospitalización parcial sólo en un hospital como paciente ambulatorio.</p>	<p>General Reglas de autorización pudiera aplicar.</p> <p>Dentro de la Red 20% del costo por programas de hospitalización parciales cubiertas por Medicare.</p> <p>Para coordinar todos los servicios de salud mental contacta nuestra línea de salud mental MAPFRE APOYO al 1-866-942-3817</p>
<p>*Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</p>	<p>General Reglas de autorización pudiera aplicar.</p> <p>Dentro de la Red 20% del costo por visitas cubiertas individual/grupal por Medicare.</p> <p>Para coordinar todos los servicios de salud mental</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	<p>contacta nuestra línea de salud mental MAPFRE APOYO al 1-866-942-3817.</p>
<p>*Cirugía ambulatoria, incluyendo los servicios proporcionados en hospitales de atención ambulatoria y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si se realiza una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será un paciente interno o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una solicitud para admitirlo a usted como interno en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa una noche en el hospital, podría ser considerado paciente "ambulatorio".</p>	<p>General Reglas de autorización pudiera aplicar.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 copago por cada visita cubierta por Medicare a facilidades hospitalarias para pacientes ambulatorios.</p>
<p>*Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos de ambulancia incluyen servicios de ambulancia en avión, helicóptero y por tierra al centro más cercano que pueda proporcionar atención si se proporcionan a un miembro con una condición médica que no permite utilizar otro medio de transporte (ya que podría ser perjudicial para su salud) o si está autorizado por el plan. La enfermedad debe requerir el transporte en una ambulancia y el nivel de servicio proporcionado para que el servicio facturado se considere necesario por razones médicas. • El transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia se considera apropiado si se documenta que la condición del miembro es tal que no permite utilizar otro medio de transporte (ya que podría ser perjudicial para su salud) y que el transporte en ambulancia se considera necesario por razones médicas. 	<p>General Reglas de autorización aplica para servicios que no sean emergencias.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>
<p>Cuidado de emergencia</p>	<p>General \$45 de copago por cada</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Los servicios de emergencia es la atención necesaria para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.</p> <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad (ej., pierna, brazo). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>Cubrimos el cuidado de emergencias cubiertas por Medicare en Puerto Rico y los Estados Unidos. Para una definición completa de los servicios de cuidado de emergencia, por favor vaya al Capítulo 3, Sección 3.1 de este manual.</p> <p>Si usted tiene preguntas acerca de si su condición es una emergencia, por favor no dude en ponerse en contacto con nuestra línea de enfermería en MAPFRE AYUDA 1-866-990-7309.</p> <p>Cubrimos emergencias mundialmente solamente bajo las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe llamar a MedAssist al 1-866-285-7297 ó (1-305-913-1872 para llamadas por cobrar) dentro de las 48 horas de la emergencia para notificarles de la situación. • Debe proporcionar su nombre completo, número de contrato y cualquier información adicional necesaria para procesar la reclamación. • Si habías estado viajando 60 días o menos, cuando ocurrió la emergencia. • Además de las siguientes situaciones y servicios los cuales están excluidos: <ul style="list-style-type: none"> • Los causados intencionalmente por el asegurado. • Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, tempestades • ciclónicas atípicas, caen los cuerpos siderales y aerolitos, etc. • Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular. 	<p>visita a sala de emergencia cubierta por Medicare.</p> <p>Límite de \$3,000 cada año para servicios de emergencia fuera de Estados Unidos.</p> <p>De ser admitido al hospital dentro de 1 día por la misma condición, pagas \$0 por la visita a la sala de emergencia.</p> <p>Si recibes cuidados hospitalarios en un hospital fuera de la red y necesitas atención hospitalaria luego de que tu condición de emergencia se haya estabilizado, usted debe regresar a un hospital de la red a fin de que se continúe cubriendo su atención o debe recibir la atención como paciente interno en un hospital que no pertenece a la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido más alto que usted pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Si no recibes autorización y te quedas en un hospital fuera de la red, el cual se encuentra en tu área de cubierta, tus costos serán el costo-compartido más alto, normalmente un 20% según</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz. • Los derivados de la energía nuclear radiactiva. • Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas o desafíos. • Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta, sin la previa comunicación o sin el consentimiento de la Compañía, salvo en caso de fuerza mayor o de urgente necesidad. • Los gastos de asistencia médica prestada en Puerto Rico o Islas Vírgenes de Estadounidenses. • La muerte producida por suicidio y las lecciones y secuelas que se ocasionen en su tentativa. • La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por las acciones fraudulentas del asegurado. • La asistencia por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin receta médica. <p>Esta cobertura es secundaria a cualquier otra cobertura que pueda tener para los servicios de emergencia en todo el mundo.</p>	<p>las reglas de POS.</p>
<p>Atención urgente</p> <p>La atención urgente es atención que se proporciona para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediatamente, pero la red de proveedores del plan no está disponible o no se puede acceder temporalmente.</p> <p>Si usted tiene preguntas acerca de si su condición es una de urgencia, por favor no dude en ponerse en contacto con nuestra línea de enfermería en MAPFRE AYUDA 1-866-990-7309.</p>	<p>General</p> <p>\$45 de copago por cada visita a sala de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>De ser admitido al hospital dentro de 1 día por la misma condición, pagas \$0 por la visita de cuidado de urgencia.</p>
<p>*Servicios de rehabilitación ambulatoria</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, ocupacional y terapia del lenguaje/habla.</p>	<p>General</p> <p>Reglas de autorización pudiera aplicar.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Los servicios de rehabilitación ambulatoria se proporcionan en varios centros ambulatorios, como departamentos de atención ambulatoria en hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros Ambulatorios de Rehabilitación Completa (CORF por su sigla en inglés).</p>	<p>Dentro de la Red Los límites definidos por Medicare se aplican a los servicios de terapia física, ocupacional del habla, y de patología del habla y lenguaje.</p> <p>\$5 copago por visitas de Terapia Ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>\$5 copago por las visitas de Terapia Física y/o del Habla/Lenguaje cubiertas por Medicare.</p>
<p>*Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Programas integrales cubiertos que incluyen ejercicios, educación y asesoría para miembros que reúnen ciertos requisitos con una orden del médico. El plan también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca que habitualmente son más rigurosos e intensos.</p>	<p>General Reglas de autorización aplican.</p> <p>\$0 copagos por servicios de Rehabilitación Cardíaca cubiertos por Medicare.</p>
<p>*Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>General Reglas de autorización aplican.</p> <p>\$0 copagos por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>
<p>*Equipo médico duradero y suministros relacionados (Si desea la definición de “equipo médico duradero” consulte el Capítulo 12 de este manual).</p> <p>Los suministros cubiertos incluyen pero no se limitan a: sillas de rueda, muletas, cama de hospital, bomba de infusión intravenosa, equipo de</p>	<p>General Reglas de autorización aplica a artículos de \$300.00 o más.</p> <p>Dentro de la Red</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>oxígeno, nebulizador y andador.</p> <p>En adición a la cubierta de Medicare se cubrirán: sillas de baño, maquinas de presión, medias de edemas y nebulizador de baterías para aquellos asegurados que cualifican para estos servicios.</p>	<p>20% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>*Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen una parte o función del cuerpo. Estos incluyen pero no se limitan a: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, brazos y piernas artificiales y prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con aparatos protésicos y la reparación y/o reemplazo de aparatos protésicos. Además incluye parte de la cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas. Si desea más detalles, consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección.</p>	<p>General Reglas de autorización aplica a artículos de \$300.00 o más.</p> <p>Dentro de la Red 20% del costo por artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>*Entrenamiento para autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor de glucosa en la sangre, tiras para las prueba de glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas y soluciones para el control de glucosa para verificar la precisión de las tiras para las pruebas y los monitores. • Para los diabéticos que padecen enfermedades diabéticas graves en los pies: Un par por año calendario, de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluso las plantillas provistas con los zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de platillas (no incluye las plantillas removibles no adaptadas que son provistas con los zapatos). La cobertura incluye adaptadores. • El entrenamiento para el autocontrol de la diabetes está cubierto bajo ciertas condiciones. <p><i>Frecuencia: 2 al año.</i></p>	<p>Dentro de la Red \$0 copago por el adiestramiento para auto monitorear la Diabetes.</p> <p>20% de costo por: -suministros de monitoreo de la Diabetes. -por zapatos terapéutico o plantillas.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>*Exámenes de diagnóstico ambulatorios y servicios e insumos terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X. • Radioterapia (radio e isótopos) incluidos los materiales y servicios del técnico. • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre. La cobertura comienza con la cuarta pinta de sangre que necesita; usted paga la primera pinta de sangre no reemplazada. La cobertura de almacenamiento y administración comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. • Otros exámenes de diagnóstico ambulatorios. 	<p>General Reglas de autorización aplican a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pet Scan, MRI, MRA • EECF, Cámara de hiperbárica, “Gamma Knife” y cualquier otro procedimiento que pueda ser ofrecido en cualquier ambiente ambulatorio y va ser prestado en un hospital (ambulatorio) <p>Dentro de la Red \$0 a \$5 copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Hasta un máximo de \$15 por visita de laboratorio. \$0 a \$5 de copago por procedimientos y exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare. \$5 de copago por rayos X cubiertos por Medicare. \$5 de copago por servicios de diagnóstico de radiología cubiertos por Medicare (sin incluir rayos X). \$5 de copago por servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. \$0 copago por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios de patología y los siguientes servicios preventivos: detección de aneurisma aórtico abdominal*, EKG*,</i>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	<p><i>pruebas cardiovasculares** y exámenes de Glaucoma.</i></p> <p>* El plan sólo cubre estas prueba de detección si obtienes un referido para ello como resultado de su examen físico “Bienvenido a Medicare”. **Están cubiertas según las guías de Servicios Preventivos de Medicare. Para más detalles ve a la sección de Servicios Preventivos en esta tabla.</p>
<p>Visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones de la vista. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción ocular) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de sufrir glaucoma, como las personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes y afroamericanos de 50 años o más: examen de detección de glaucoma una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata que incluye la inserción de una lente intraocular. (Si tiene 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.) Lentes correctivos/marcos (y sus reemplazos) necesarios después de una cirugía de cataratas sin implante de lente. <ul style="list-style-type: none"> - hasta 1 examen rutinario de la vista cada año. - hasta un 1 par de espejuelos cada año. - hasta 12 pares de lentes de contacto cada 2 años. - hasta un 1 par de lentes cada 2 años. - hasta una 1 montura cada 2 años. 	<p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 copago por diagnósticos y tratamientos por enfermedades y condiciones en el ojo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - hasta 1 examen rutinario suplementario de la vista cada año. <p>\$0 - un par de espejuelos o lentes de contacto luego de una cirugía de catarata.</p> <ul style="list-style-type: none"> - hasta un 1 par de espejuelos cada año. - hasta 12 pares de lentes de contacto cada 2 años. - hasta un 1 par de lentes cada 2 años. - hasta una 1 montura cada 2 años. <p>Estarás cubierto hasta \$35 para exámenes anuales de visión.</p> <p>Estarás cubierto hasta \$100</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	para espejuelos cada 2 años.
Servicios preventivos	
<p>Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo dentro del Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si recibe tratamiento o control de una condición médica existente durante la visita en la que recibe servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la condición médica existente.</p>	\$0 copago.
<p>Examen de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una prueba de ultrasonido realizada por única vez a las personas a riesgo. El plan sólo cubre este examen si obtiene un referido como resultado del examen físico de “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p><i>General</i></p> <p>\$0 copago.</p>
<p>Medición de masa ósea</p> <p>Para personas elegibles (generalmente, esto significa que son personas que presentan riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia, si fuera necesario por razones médicas: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluye la interpretación del médico de los resultados.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 copago por medidas de densidad de masa ósea cubiertas por Medicare</p>
<p>Examen para la detección del cáncer colorrectal</p> <p>Para personas de 50 años o más, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario para la detección como alternativa) cada 48 meses. • Análisis de sangre oculta en la materia fecal, cada 12 meses. <p>Para las personas con alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de colonoscopia (o enema de bario para la detección como alternativa) cada 24 meses. <p>Para las personas sin alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal cubrimos:</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 copago por exámenes colorrectales cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia.	
<p>Examen de detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan un análisis de detección del VIH o que estén en riesgo de tener una infección de VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses. <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	<p>General</p> <p>\$0 copago por cada prueba del VIH cubierta por Medicare.</p>
<p>Inmunizaciones</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna neumocócica• Vacunas contra la gripe (flu shot), una vez al año, en otoño o invierno.• Vacuna contra la hepatitis B si presenta riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.• Otras vacunas si presenta alto riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>Además, cubrimos algunas vacunas dentro del beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>General</p> <p>\$0 copago por vacunas contra la Influenza y la Neumonía.</p> <p>\$0 copago por la vacuna de Hepatitis B.</p> <p>No es necesario que obtengas un referido para las vacunas de Influenza y Neumonía.</p>
<p>Examen de detección del cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una mamografía base entre los 35 y los 39 años de edad.• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más.• Exámenes clínicos de seno cada 24 meses.	<p>General</p> <p>\$0 copago por mamografías cubiertas por Medicare.</p>
<p>Exámenes de detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p>General</p> <p>\$0 copago para exámenes pélvicos y de Papanicolaou</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: los exámenes Papanicolaou y pélvico se cubren cada 24 meses. • Si presenta alto riesgo de tener cáncer cervical o ha tenido un resultado anormal en el examen Papanicolaou y está en edad de concebir: un Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>cubiertas por Medicare.</p>
<p>Exámenes para la detección del cáncer de próstata</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos una vez cada 12 meses para hombres de 50 años o más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen dígito rectal. • Examen de Antígeno Específico de la Próstata (PSA por su sigla en inglés). 	<p><i>General</i> \$0 copago por exámenes de diagnóstico para cáncer de la próstata cubiertos por Medicare</p>
<p>Prueba de detección de enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o de anomalías relacionadas con un alto riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares) cada 5 años (60 meses).</p>	<p><i>General</i> \$0 copago</p>
<p>Examen físico “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre una examen físico “Bienvenido a Medicare” por única vez, que incluye una revisión de su salud, así como también educación y asesoría acerca de los servicios preventivos que usted necesita (incluye ciertos exámenes de detección y vacunas), y si fuera necesario, referido para otro tipo de atención que necesite.</p> <p>Importante: Medicare paga por este examen si usted se lo hace durante los 12 meses siguientes a su inscripción en la Parte B. Cuando haga la cita, avísele al personal de la oficina del médico que desea hacer una cita para el examen “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para el examen “Bienvenido a Medicare”.</p>
<p>Examen Anual de Bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede hacerse un examen anual para desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en sus riesgos y en su estado de salud actual. Este examen está cubierto cada 12 meses.</p> <p>Nota: El primer examen anual de bienestar no se puede realizar dentro</p>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para el examen anual de bienestar.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>de los 12 meses de su examen “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado el examen “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura del examen anual de bienestar después de tener la Parte B durante 12 meses.</p>	
<p>Evaluación de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de colesterol y niveles de triglicéridos anormal (dislipidemia), obesidad, o historial de nivel de azúcar en sangre alto (glucosa). Medicare también paga por estas pruebas si cumple con otros requisitos, como si está excedido de peso o tiene un historial familiar de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible para que le hagan hasta dos pruebas de diabetes al año.</p>	<p><i>General</i> <i>\$0 copago</i></p>
<p>Terapia de nutrición</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (que no realicen diálisis) y luego de un trasplante, cuando ordenado por el médico.</p> <p>Cubrimos servicios 3 horas de asesoría personalizada durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición dentro de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o el Medicare Original) y luego 2 horas por año. Si cambia su condición, tratamiento o diagnóstico, puede recibir más horas de tratamiento con orden del médico. El médico debe recetarle dichos servicios y renovar la orden anualmente si el tratamiento es necesario en otro año calendario.</p>	<p><i>General</i> <i>\$0 copago</i></p>
<p>Servicios para dejar de fumar (consejería para dejar de fumar)</p> <p>Si usted consume tabaco pero no presenta signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos intentos para abandonar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>Si no se le ha diagnosticado una enfermedad causada o complicada por el consumo de tabaco:</p> <p><i>General</i> <i>\$0 copago</i></p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>Si usted consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el cigarrillo o si toma un medicamento cuyo efecto podría verse alterado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para abandonar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente como paciente interno o ambulatorio.</p>	<p>Si se le ha diagnosticado una enfermedad causada o complicada por el consumo de tabaco, o toma un medicamento cuyo efecto podría verse alterado por el tabaco:</p> <p>General \$0 copago</p>
Otros servicios	
<p>Servicios para tratar la insuficiencia renal y condiciones renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la insuficiencia renal para enseñar sobre la atención renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de su atención. Para los pacientes que se encuentran en la Etapa IV de su enfermedad renal cuando su médico lo refiere, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la insuficiencia renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internos (si es admitido como interno en un hospital para recibir atención especial). • Entrenamiento para realizarse autodiálisis (incluye el entrenamiento para usted y para la persona que lo ayude con el tratamiento de diálisis en su hogar). • Equipo y suministros para diálisis en su hogar. • Ciertos servicios de apoyo en su hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar la diálisis en su hogar, para asistirlo en casos de emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para la diálisis se cubren dentro del beneficio</p>	<p>Dentro de la Red \$0 copago para la diálisis renal. \$0 copago para servicios de educación de enfermedad renal.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>de medicamentos de la Parte B de Medicare. Si desea información acerca de la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la siguiente sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que generalmente no son auto administrados por el paciente y que se inyectan o administran como infusión mientras recibe servicios médicos, como paciente ambulatorio en el hospital o en centros de cirugía ambulatoria.• Medicamentos que toma utilizando un equipo médico duradero (como nebulizadores), autorizados por el plan.• Factores de coagulación auto administrados mediante inyección si padece de hemofilia.• Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento de recibir un trasplante de órgano.• Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que el médico certifique que fue resultado de osteoporosis posmenopáusica y no puede auto administrarse el medicamento.• Antígenos.• Ciertos medicamentos anti cancerígenos y antieméticos de vía oral.• Ciertos medicamentos para diálisis en su hogar, incluyendo heparina, antídoto para heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoiesis (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en su hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. <p>En el capítulo 5 se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las normas que debe seguir para</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$16 de copago para medicamentos de quimioterapia cubiertos bajo la Parte B y para otros medicamentos cubiertos bajo la Parte B.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
<p>que estos estén cubiertos. En el capítulo 6 se lista lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	
<p>Beneficios adicionales</p>	
<p>*Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y rayos X) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos:</p> <p>Servicios adicionales serán administrados de acuerdo a nuestro Manual Dental, para obtener una copia de este manual puedes solicitarla al Departamento de Servicio al Cliente o pregúntele a su dentista.</p>	<p>General Reglas de autorización aplican.</p> <p>Dentro de la Red \$0 copago por servicios dentales cubiertos por Medicare. \$0 copago por los siguientes beneficios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hasta 1 examen oral cada seis meses. - hasta 1 limpieza cada seis meses. - hasta 1 tratamiento de fluoruro cada seis meses. - hasta 2 rayos X dentales cada año. <p>El plan ofrece beneficios dentales comprensivos como: visitas de emergencia.</p> <p>Límite de cubierta de \$200 anuales para beneficios dentales.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Evaluaciones básicas del oído realizadas por el médico de cuidado primario (PCP) se cubren como atención ambulatoria cuando los proporciona un médico, especialista del oído u otro proveedor.</p>	<p>Dentro de la Red \$0 copago por exámenes diagnósticos de audición cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	<p>\$0 copago por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasta 1 prueba de audición de rutina suplementaria cada año - Hasta 1 evaluación-ajuste de equipo auditivo al año <p>\$0 copago por hasta un equipo auditivo cada año.</p> <p>Estarás cubierto hasta \$250 para exámenes suplementarios rutinarios de audición y para equipo auditivo cada año.</p>
<p>Programas educativos para la salud y el bienestar</p> <p><i>Estos son programas que se enfocan en las condiciones clínicas de salud tales como hipertensión, colesterol, asma y dietas especiales. Los programas están diseñados para enriquecer la salud y el estilo de vida de los beneficiarios e incluyen temas como el manejo y control de peso, el dejar de fumar, el acondicionamiento físico y el manejo del estrés.</i></p>	<p>General</p> <p>\$0 copago para todos los servicios preventivos cubiertos bajo Medicare Original sin compartir costos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detección de Aneurisma Aórtico Abdominal - Medición de la Masa Ósea - Evaluación Cardiovascular - Detección de Cáncer del Cuello Uterino (cervical) y la Vagina (prueba de Papanicolaou y examen pélvico) - Detección del Cáncer Colorectal - Detección de Diabetes - Vacuna contra la Influenza - Vacuna contra la Hepatitis B - Detección del VIH - Detección de Cáncer del Seno (Mamografía) - Servicios médicos de

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	<p>Terapia Nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios personalizados de Plan de Prevención (visitas anuales de bienestar) - Vacuna contra el Neumococo - Cáncer de Próstata (Examen Antígeno Prostático específico (PSA) solamente) - Consejería para dejar de fumar - Examen Físico de Bienvenida a Medicare, (Examen Físico Preventivo Inicial) <p>La prueba del VIH está cubierta para las personas con Medicare que están embarazadas y personas con mayor riesgo de infección, incluyendo cualquiera que pida la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo. Contacta al plan para más detalles.</p> <p>Dentro de la Red</p> <p>El plan cubre los siguientes beneficios suplementarios de educación sobre la salud y el bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Publicaciones de educación sobre la salud, incluyendo Boletines - Adiestramiento nutricional

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	- Línea Directa de Enfermería
Transportación (Rutinario)	<p>Dentro de la Red \$0 copago por cada viaje ida y vuelta a la ubicación aprobada por el plan. Hasta \$40 por año (no de emergencia).</p>
<p>Puntos de Servicio Puede visitar cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare</p>	<p>General Reglas de autorización pueden aplicar.</p> <p>Fuera de la Red La cubierta de los Puntos de Servicio estará disponible para los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización aguda - Centro de Enfermería Especializada (SNF) - Servicios de Rehabilitación Cardíaca - Servicios de Rehabilitación Pulmonar - Servicios Médicos Primarios - Servicios de Quiropráctica - Servicios de Especialistas Médicos - Servicios de Podiatría - Otros Servicios Profesionales de Salud - Procedimientos/ Diagnósticos/Exámenes/ Laboratorios Ambulatorios - Servicios Radiológicos de Diagnóstico

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios Radiológicos Terapéuticos - Rayos X Ambulatorios - Servicios de Hospital para Pacientes Ambulatorios - Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) - Servicio de Sangre Ambulatorio - Servicio de Ambulancia - Servicios Preventivos cubiertos por Medicare - Servicios de Salud Suplementario Preventivo - Educación Suplementaria/Programa de Bienestar - Servicios de Educación de Enfermedad Renal - Adiestramiento de automonitoreo de la Diabetes - Dental (Preventivo) - Exámenes de la Vista - Espejuelos - Exámenes de Audición - Audífonos <p>Límite de \$100,000 cada año para los siguientes beneficios de POS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización aguda - Centro de Enfermería Especializada (SNF) - Servicios de Rehabilitación Cardíaca - Servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva - Servicios de

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	<ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitación Pulmonar - Servicios Médicos Primarios - Servicios de Quiropráctica - Servicios de Especialistas Médicos - Servicios de Podiatría - Otros Servicios Profesionales de Salud - Procedimientos/ Diagnósticos/Examinaciones/Laboratorios Ambulatorios - Servicios Radiológicos de Diagnóstico - Servicios Radiológicos Terapéuticos - Rayos X Ambulatorios - Servicios de Hospital para Pacientes Ambulatorios - Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) - Servicios de Sangre a Pacientes Ambulatorios - Servicios de Ambulancia - Servicios Preventivos cubiertos por Medicare - Servicios de Salud Suplementario Preventivo - Educación Suplementaria/Programas de Bienestar - Servicios de Educación de Enfermedad Renal - Adiestramiento de automonitoreo de la Diabetes - Dental (Preventivo) - Exámenes de la Vista - Espejuelos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	<ul style="list-style-type: none"> - Exámenes de Audición - Audífonos 20% del costo por cada estadía en hospital. 20% del costo por cada estadía en un Centro de Enfermería Especializada. 20% del costo de: <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de Rehabilitación Cardíaca - Servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva - Servicios de Rehabilitación Pulmonar - Servicios Médicos Primarios - Servicios de Quiropráctica - Servicios de Especialistas Médicos - Servicios de Podiatría - Otros Servicios Profesionales de Salud - Procedimientos/ Diagnósticos/Examinaciones/Laboratorios Ambulatorios - Servicios Radiológicos de Diagnóstico - Servicios Radiológicos Terapéuticos - Rayos X Ambulatorios - Servicios de Hospital para Pacientes Ambulatorios - Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) - Servicios de Sangre a Pacientes Ambulatorios - Servicios Preventivos cubiertos por Medicare

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	<ul style="list-style-type: none"> - Educación Suplementaria/Programas de Bienestar - Servicios de Educación de Enfermedad Renal - Adiestramiento de automonitoreo de la Diabetes - Dental (Preventivo) - Exámenes de la Vista - Espejuelos - Exámenes de Audición - Audífonos <p>\$0 copago por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de ambulancia - Servicios de Salud Suplementario Preventivo
<p>Medicamentos para la disfunción eréctil</p>	<p>Aunque los medicamentos de disfunción eréctil no están cubiertos por Medicare como parte de la cubierta de la Parte D Medicare, MAPFRE Medicare Excel cubre estos medicamentos hasta un máximo de \$200.00 por año como medicamentos suplementarios de tu cubierta Parte D. Podrás adquirir estos medicamentos según lo recetado por tu médico hasta un máximo permitido de \$200.00 por año.</p>
<p>*Programa Visitante/Viajero</p>	<p>General Se requiere pre-autorización para los servicios no emergencias fuera del área.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	<p>Ofrecemos el programa para visitante/viajero por los servicios prestados en los Estados Unidos que te permitirá permanecer inscrito en el plan cuando te encuentras fuera de nuestra área de servicio, y cubre los servicios que no son de emergencia, urgencia, post-estabilización y servicios de diálisis. Bajo nuestro programa para visitante/viajero puedes recibir todos los servicios cubiertos a un costo dentro de la red y basado en la tarifa de MAPFRE Medicare Excel Puerto Rico. Para asistencia necesitas ponerte en contacto con el plan para poder localizar un proveedor cuando estés utilizando el beneficio del programa para visitante/viajero debido a que todos los servicios de no emergencia cubiertos fuera del área de servicio están sujetos a una preautorización. Cuando estés utilizando el programa de visitante/viajero para los servicios en los Estados Unidos, eres responsable de consultar antes con nuestro plan para obtener una preautorización de los</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	<p>servicios. Una vez que los servicios son pre-autorizados serás responsable de pagar por los mismos.</p> <p>Nosotros le reembolsaremos basándonos en la tarifa de MAPFRE Medicare en Puerto Rico, menos cualquier costo compartido aplicable a los servicios de la red. Serás responsable por la diferencia entre nuestra tarifa y la tarifa de los proveedores en Estados Unidos.</p> <p>Es importante tener en cuenta que los servicios de emergencia, urgencia, post-estabilización y diálisis serán cubiertos por MAPFRE Medicare Excel basado en la tarifa que aplique a Medicare en los Estados Unidos, ya que estos beneficios no forman parte del programa de visitante/viajero.</p>
<p>Servicios NO cubiertos fuera de la red</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de hospitalización psiquiátricos - Hospitalización parcial - Servicios de salud en el hogar - Servicios especializados, no psiquiátricos, de salud mental - Servicios psiquiátricos de salud mental - Tratamiento ambulatorio

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar al obtener estos servicios
	de abuso de sustancias - DME - Prótesis/Suministros Médicos - Suministros para el monitoreo de diabetes - Medicamentos sin receta (OTC) - Terapia ocupacional - Terapia física y del habla-lenguaje/patología del habla - Servicios psiquiátricos - Cualquier otro servicio que no especificado en la sección de POS

Sección 2.2 Cómo obtener atención utilizando el beneficio opcional para visitantes/viajeros de nuestro plan

Cuando se ausenta de manera continua del área de servicio de nuestro plan durante más de seis meses, generalmente debemos darle de baja de nuestro plan. No obstante, ofrecemos como beneficio suplementario un programa para visitantes/viajeros *por servicios ofrecidos en los Estados Unidos*, que le permitirán permanecer inscrito en nuestro plan cuando se encuentra fuera del área de servicio hasta por 12 meses. Este programa está disponible para todos los miembros de MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS) que se encuentran temporalmente en el área de visitante/viajero. Dentro de nuestro programa para visitantes/viajeros, usted puede recibir todos los servicios cubiertos del plan al costo compartido de la red. Si utiliza el beneficio para visitantes/viajeros, comuníquese con el plan para obtener ayuda en la ubicación de un proveedor.

Si se encuentra en el área de visitantes/viajeros, puede permanecer inscrito en nuestro plan hasta por 12 meses. Si no regresa al área de servicio del plan dentro de los 12 meses, se le dará de baja del plan.

SECCIÓN 3 ¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Beneficios que no cubrimos (exclusiones)

Esta sección le indica los tipos de beneficios que están “excluidos”. Excluidos significa que el plan no cubre estos beneficios.

La siguiente lista describe algunos servicios y suministros que no están cubiertos bajo ninguna condición y algunos servicios que están excluidos solamente bajo condiciones específicas.

Si recibe beneficios que están excluidos, deberá pagarlos usted. No pagaremos por los beneficios médicos excluidos que figuran en esta sección (o en cualquier otro lugar de este manual), y tampoco lo hará Medicare Original. La única excepción: si después de una apelación se comprueba que un beneficio de la lista de exclusiones es un beneficio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este manual.)

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios o en cualquier otro lugar de esta *Evidencia de Cubierta*, **los siguientes suministros y servicios no están cubiertos por Medicare Original ni por nuestro plan:**

- Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original, a menos que estos servicios estén en la lista de nuestro plan como servicios cubiertos.
- Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare Original o dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica.) Los suministros y procedimientos experimentales son aquellos suministros y procedimientos que nuestro plan y Medicare Original generalmente definen como no aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea considerado necesario por razones médicas y esté cubierto por Medicare Original.
- Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea considerado necesario por razones médicas.
- Enfermeros privados.
- Suministros personales, tales como teléfono o televisor en la habitación del hospital o del centro de enfermería especializada.
- Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.
- Cuidado de custodia, a menos que se proporcione junto con la atención de enfermería especializada y/o servicios de rehabilitación especializada cubiertos. Cuidado de

custodia, o atención no especializada, es la atención que le ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.

- Los servicios domésticos incluyen ayuda básica del hogar, incluyendo tareas simples del hogar o preparación de comidas simples.
- Gastos generados por familiares directos o personas que habiten en su hogar.
- Comidas entregadas en su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora voluntarios u optativos (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, procedimientos con fines estéticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean necesarios por razones médicas.
- Procedimientos o cirugías estéticas, a menos que sean debido a lesiones por accidente o para mejorar una parte del cuerpo con malformaciones. Sin embargo, están cubiertas todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre la que se realizó una mastectomía, así como también las de seno no afectada para lograr una apariencia simétrica.
- Atención quiropráctica, que no sea terapia manual de la columna vertebral, de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de una pierna ortopédica y que estén incluidos en el costo del aparato ortopédico o que los zapatos sean para una persona con enfermedad del pie diabético.
- Aparatos ortopédicos para los pies, excepto zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK. No obstante, los anteojos están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas.
- Procedimientos para la reversión de la esterilidad, operaciones de cambio de sexo y suministros de anticoncepción no recetados.
- Acupuntura.
- Servicios de naturópatas (utiliza tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios proporcionados a veteranos en los centros de Asuntos para Veteranos (VA). No obstante, cuando los servicios de emergencia se reciben en un hospital de VA y el costo compartido de VA es mayor que el costo compartido dentro de nuestro plan, reembolsaremos a los veteranos la diferencia. Los miembros continúan siendo responsables por las cantidades de nuestros costos compartidos.

El plan no cubrirá los servicios excluidos enumerados anteriormente. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencia, no se cubren los servicios excluidos.

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

SECCIÓN 1	Introducción	88
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D	88
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan.....	89
SECCIÓN 2	Sus recetas deben ser prescritas por un proveedor de la red	89
Sección 2.1	En la mayoría de los casos, su receta médicas debe provenir de un proveedor de la red.....	89
SECCIÓN 3	Debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través de un servicio de orden por correo del plan	90
Sección 3.1	Para que se cubra su receta, utilice una farmacia de la red.....	90
Sección 3.2	Búsqueda de farmacias de la red.....	90
Sección 3.3	Uso de los servicios de pedido por correo del plan	91
Sección 3.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	92
Sección 3.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenece a la red del plan?	93
SECCIÓN 4	Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan	93
Sección 4.1	La “lista de medicamentos” le informa los medicamentos de la Parte D que están cubiertos	93
Sección 4.2	Existen 4 "niveles de costo compartido" para los medicamentos de la Lista de medicamentos.....	94
Sección 4.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos?	95

SECCIÓN 5	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	95
Sección 5.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	95
Sección 5.2	¿Qué tipos de restricciones?.....	96
Sección 5.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....	99
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?	99
Sección 6.1	Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía.....	99
Sección 6.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma?	100
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto?	102
SECCIÓN 7	¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?	103
Sección 7.1	La lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	103
Sección 7.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?.....	103
SECCIÓN 8	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?104	
Sección 8.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	104
SECCIÓN 9	Muestre su tarjeta de miembro del plan al surtir una receta .106	
Sección 9.1	Muestre su tarjeta de miembro.....	106
Sección 9.2	¿Qué sucede si no lleva la tarjeta de miembro?.....	106
SECCIÓN 10	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	107
Sección 10.1	¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan?	107

Sección 10.2 ¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo?107

Sección 10.3 ¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de su empleador o de jubilados?108

SECCIÓN 11 Programas para la seguridad de medicamentos y la administración de medicamentos..... 109

Sección 11.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura109

Sección 11.2 Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos109



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

Existen programas en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana con ingresos y recursos limitados que le ayudan a pagar sus costos de Medicare. Los programas varían en estos lugares. Llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) local para averiguar sobre sus reglamentos (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 de este capítulo). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y diga “Medicaid” para más información. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Además, para obtener más información puede visitar <http://www.medicare.gov>.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D

Este capítulo le explica las normas para el uso de su cobertura de medicamentos de la Parte D. El siguiente capítulo le informa cuánto debe pagar por sus medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de la cobertura de medicamentos de la Parte D, *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* también cubre algunos medicamentos dentro de los beneficios médicos del plan:

- El plan cubre los medicamentos que usted recibe durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*) le informa sobre los beneficios y costos de los medicamentos durante la estadía cubierta en el hospital o un centro de enfermería especializada.
- La Parte B de Medicare también proporciona beneficios para algunos medicamentos. Los medicamentos de la Parte B incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos que recibe durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de beneficios, lo que está cubierto y lo que usted paga*) le informa los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Los dos ejemplos de medicamentos descritos anteriormente están cubiertos por los beneficios médicos del plan. El resto de sus medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan. **Este capítulo le explica las normas para el uso de su cobertura de**

medicamentos de la Parte D. El siguiente capítulo le informa cuánto debe pagar por sus medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga estas normas básicas:

- Debe tener un proveedor de la red (un doctor o algún otro proveedor que recete medicamentos) que le recete su medicamento por escrito. (Si desea más información, consulte la Sección 2, *Sus recetas deben ser prescritas por un proveedor de la red*.)
- Debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 3, *Debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*.)
- Su medicamento debe estar incluido en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* (para abreviar, la llamamos “lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 4, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan*.)
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada por razones médicas. Una “indicación aceptada por razones médicas” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) o respaldado por determinados libros de referencia. (Vea la Sección 4 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas.)

SECCIÓN 2	Sus recetas deben ser prescritas por un proveedor de la red
------------------	--

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

Usted debe obtener su receta (así como también otra atención que necesite) de un proveedor de la red de proveedores del plan. Esta persona sería generalmente su médico de cuidado primario (su PCP). También podría ser otro profesional de nuestra red de proveedores si su médico de cuidado primario o “PCP” lo ha referido para su atención.

Para buscar los proveedores de la red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

El plan cubrirá recetas de proveedores que no pertenecen a la red del plan sólo en algunas circunstancias especiales. Éstas incluyen:

- Recetas que reciba en relación con los servicios de emergencia cubiertos.

- Recetas que reciba en relación con una atención urgente cubierta cuando los proveedores de la red no están disponibles.
- Diálisis cuando te encuentras provisionalmente fuera del área de servicio del plan.
 - Proveedores en el programa de Puntos de Servicios. (Proveedores fuera de la red que pertenecen al programa de Puntos de Servicios, como se describe en la Tabla Beneficios del Capítulo 4).

En otras circunstancias, debe obtener la aprobación por anticipado (“autorización previa”) del plan para obtener la cobertura de una receta por parte de un proveedor que no pertenece a la red.

Si usted paga "de su bolsillo" por una receta escrita por un proveedor que no pertenece a la red y considera que debemos cubrir este gasto, comuníquese con Departamento de Servicio al Cliente o envíenos la factura para el pago. El Capítulo 7, Sección 2.1 le indica cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo.

SECCIÓN 3 Debe surtir sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través de un servicio de orden por correo del plan

Sección 3.1 Para que se cubra su receta, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *sólo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Vea la Sección 3.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas que se surten en farmacias que no participan de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos recetados de la Parte D incluidos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 3.2 Búsqueda de farmacias de la red

¿Cómo puede buscar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar su *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.mapfremedicare.com), o llamar al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás). Elija lo que le resulte más fácil.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita volver a surtir un medicamento que está tomando, puede solicitar una nueva receta escrita por un proveedor o solicitar que su receta se transfiera a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que usted utiliza abandona la red?

Si la farmacia que utiliza abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia que forme parte de la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual) o utilizar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.mapfremedicare.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

En algunas ocasiones, las recetas médicas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo. Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia. Los residentes pueden obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro siempre que sea parte de nuestra red. Si su farmacia de cuidado a largo plazo no forma parte de nuestra red, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente.
- Farmacias que atienden al Servicio de salud para indígenas / Programa de salud tribal / indígena urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, sólo los indígenas nativos de EE.UU. o los indígenas nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Las farmacias que administran medicamentos que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) restringe a determinados lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o asesoramiento sobre su utilización. (Nota: Esta situación debe suceder con poca frecuencia.)

Para ubicar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de Proveedores y Farmacias* o llame al Departamento de Servicio al Cliente.

Sección 3.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos disponibles a través de pedido por correo son medicamentos que usted toma con regularidad para una condición médica crónica o de larga duración.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted solicite **al menos un suministro de 30 días del medicamento y no más de un suministro de 90 días**.

Para obtener formularios de pedido y la información sobre como surtir recetas por correo contacte al Departamento de Servicio al Cliente al 1-888-750-5288 (libre de cargos). Si usas una farmacia por correo fuera de la red, no te cubriremos tu receta.

Generalmente, usted recibirá un pedido de una farmacia por correo en un plazo no mayor a 14 días. Si el proceso se retrasa, puedes ser autorizado para una receta local con una nueva receta mientras esperas que llegue el medicamento por correo.

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

Cuando usted recibe un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser inferior. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos “de pedido por correo” en la lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de pedido por correo son medicamentos que usted toma con regularidad para una condición médica crónica o de largo plazo.)

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de pedido por correo. Algunas de estas farmacias minoristas posiblemente acuerden aceptar una cantidad de costo compartido de pedido por correo para un suministro a largo plazo de medicamentos de pedido por correo. Es posible que otras farmacias minoristas no acuerden aceptar las cantidades de costo compartido de pedido por correo para un suministro a largo plazo de medicamentos de pedido por correo. En este caso, usted será responsable por la diferencia de precio. Su *Directorio de Proveedores y Farmacias* le informa las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de pedido por correo. También puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente para obtener más información.
2. Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar **los servicios 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 requiere que usted solicite **al menos un suministro de 30 días del medicamento y no más de un suministro de 90 días**. Consulte la Sección 3.3 para obtener más información acerca del uso de nuestros servicios de pedido por correo.

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

Su receta puede cubrirse en determinadas situaciones

Por lo general, cubrimos las recetas de medicamentos que se surten en una farmacia que no pertenece a la red *sólo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos recetas médicas que se surten en una farmacia fuera de la red:

Farmacia fuera de la red

- El plan solamente cubrirá las farmacias fuera de la red cuando una farmacia de la red no está disponible.
- Envío por correo sólo será cubierto en la red.
- Todos los requisitos del manejo de utilización de la red, tales como las autorizaciones por adelantado, límite de cantidad, terapia escalonada y sustitución de medicamentos genéricos se aplican a las farmacias fuera de la red.
- Reclamaciones de reembolsos fuera de la red de farmacias se basarán en los copagos/coaseguros más la diferencia entre las facturas de la farmacia fuera de la red y el cargo que permite la red.
- Suministros fuera de la red están limitados a 15 días.

En estas situaciones, **primero consulte a Departamento de Servicio al Cliente** para saber si hay una farmacia de la red cercana.

¿Cómo debe solicitar un reembolso por parte de nuestro plan?

Si debe utilizar una farmacia que no pertenece a la red, generalmente deberá pagar la totalidad del costo (en lugar de la parte habitual que le corresponde del costo) al surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 le explica cómo debe solicitar al plan el reembolso.)

SECCIÓN 4 **Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan**

Sección 4.1	La “lista de medicamentos” le informa los medicamentos de la Parte D que están cubiertos
--------------------	---

El plan tiene una “*lista de medicamentos cubiertos (formulario)*”. En esta *Evidencia de Cubierta*, se llama “**lista de medicamentos**”, para abreviar.

Los medicamentos de esta lista están seleccionados por el plan, con la ayuda de un equipo de doctores y farmacéutas. La lista debe cumplir los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos son aquellos que solamente están cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 explica acerca de los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación aceptada por razones médicas. Una “indicación aceptada por razones médicas” es el uso de un medicamento que:

- esté aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). (Es decir, la Administración de Drogas y Alimentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o condición para la que fue recetado.)
- -- *o* – está respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information, DRUGDEX Information System y USPDI o la versión posterior.)

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, es igualmente efectivo como el medicamento de marca y con frecuencia el costo es inferior. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué *no* incluye la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (si desea más información, consulte la Sección 8.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.

Sección 4.2	Existen 4 "niveles de costo compartido" para los medicamentos de la Lista de medicamentos
--------------------	--

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan está en uno de los 4 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto el costo del medicamento:

Los medicamentos del formulario están organizados en diferentes grupos o niveles de diferentes medicamentos. Tu copago o coaseguro dependerá del nivel de medicamento que se encuentre tu medina. Ejemplo:

- Costo compartido Nivel 1- incluye medicamentos genéricos preferidos
- Costo compartido Nivel 2- incluye medicamentos de marca preferida
- Costo compartido Nivel 3- incluye medicamentos de marca no preferida
- Costo compartido Nivel 4- incluye medicamentos especializados

Para saber a qué nivel de costo compartido pertenece su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

La cantidad que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 4.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos?
--------------------	--

Tiene 3 formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
2. Visite el sitio web del plan (www.mapfremedicare.com). La lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Departamento de Servicio al Cliente para averiguar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. Los números de teléfono de Departamento de Servicio al Cliente están en la parte de atrás de este manual.

SECCIÓN 5 **Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos**

Sección 5.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?
--------------------	--

Algunas normas especiales restringen cómo y cuándo el plan cubre determinados medicamentos. Un equipo de doctores y farmaceutas desarrollaron estas normas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que mantiene su cobertura de medicamentos a costos más accesibles.

En general, nuestras normas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su condición médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de costo inferior sea médicamente tan efectivo como el medicamento de costo superior, las normas del plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de costo inferior. Además,

debemos cumplir con las normas y reglamentos de Medicare para la cobertura de medicamentos y costo compartido.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberá tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que no se aplique la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de apelación formal y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no la aplicación de la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener más información acerca de la solicitud de excepciones.)

Sección 5.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Las siguientes secciones le proporcionan más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para determinados medicamentos.

Programas de manejo de Medicamentos

Manejo de utilización

Para ciertos medicamentos recetados, hay requisitos adicionales para la Cubierta o límites en nuestra Cubierta. Estos requisitos y límites nos aseguran que nuestros beneficiarios usen estos medicamentos de la manera más eficaz y también nos ayudan a controlar los costos del plan de medicamentos. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estos requisitos y límites para nuestro Plan para ayudarnos a brindar una cubierta de calidad para nuestros beneficiarios. Por favor, consulta tu copia de nuestro formulario o el formulario en nuestra página web para obtener más información acerca de estos requisitos y límites.

Los requisitos para la Cubierta o límites para ciertos medicamentos son los siguientes:

Autorización Previa: En algunos casos, tu PCP necesitará obtener una autorización previa (aprobación por adelantado) para ciertos medicamentos. Esto significa que tu proveedor tendrá que contactarnos antes de que consigas tus medicamentos. Si no recibimos la información necesaria para satisfacer el requisito de autorización previa, es posible que no cubramos el medicamento.

Límites en la cantidad: Para ciertos medicamentos, establecemos límites en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un Período de tiempo definido. Por ejemplo, vamos a proporcionar hasta 600 mg de Lyrica en 25 días, por receta.

Terapia escalonada: En algunos casos, el plan puede requerirte que primero pruebes un medicamento para tratar tu condición, antes de que cubra otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan tu condición médica, es posible que necesitemos que tu médico te recete el medicamento A primero. Si el medicamento A no es efectivo para ti, entonces el plan cubrirá el medicamento B.

Sustitución genérica: Cuando hay una versión genérica disponible de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red pueden recomendarte u ofrecerte la versión genérica, a menos que tu médico nos haya dicho que tienes que tomar el medicamento de marca y que hayamos aprobado esta solicitud.

Puedes averiguar si el medicamento que tomas está sujeto a los requisitos o límites adicionales en el formulario o en nuestra página web, o llamando a Servicio al Cliente. Si tu medicamento está sujeto a una de estas restricciones o límites adicionales y tu médico determina que no puedes cumplir con la restricción o límite adicional o limitar por razones de necesidad médica, tu o tu médico puede solicitar una excepción (que es un tipo de determinación de cubierta). Consulta la Sección 5 para obtener más información acerca de cómo solicitar una excepción.

Revisión de la utilización de medicamentos

Llevamos a cabo revisiones del uso de los medicamentos para todos nuestros beneficiarios para asegurar que están recibiendo un cuidado seguro y adecuado. Estas revisiones son especialmente importantes para los beneficiarios que tienen más de un médico que les receta medicamentos. Llevamos a cabo revisiones de utilización de medicamentos cada vez que obtienes una receta y de forma periódica mediante la revisión de nuestros récords. Durante estas revisiones, buscamos conflictos con los medicamentos tales como:

- Posibles errores con los medicamentos
- Medicamentos posiblemente innecesarios ya que estás usando otro medicamento para tratar la misma condición médica.
- Medicamentos que puedan no ser seguros o apropiados debido a tu edad o sexo.
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que estás usando.
- Alergias a medicamentos
- Errores de dosis de medicamentos

Si identificamos un posible problema en el uso de tu medicamento, trabajaremos con tu médico para corregir el problema.

Programas de manejo de terapias con medicamentos

Ofrecemos programas de manejo de terapias con medicamentos sin ningún costo adicional a los beneficiarios que tienen múltiples condiciones médicas, que están tomando muchos medicamentos recetados y que tienen altos costos de medicamentos. Estos programas fueron desarrollados para nosotros por un equipo de farmacéuticos y médicos. Usamos estos programas de manejo de medicamentos para ayudarnos a proveer una mejor Cubierta para nuestros beneficiarios. Por ejemplo, los programas nos ayudan a asegurarnos de que nuestros beneficiarios estén usando los medicamentos correctos para tratar sus condiciones médicas y nos ayudan a identificar posibles errores de medicación.

Podemos comunicarnos con los beneficiarios que cualifican para estos programas. Si nos comunicamos contigo, esperamos que te unas para que podamos ayudarte a manejar tus medicamentos. Recuerda, no tienes que pagar nada adicional para participar.

Si eres seleccionado para participar en un programa de manejo de terapia con medicamentos, te enviaremos información sobre el programa específico, incluyendo información acerca de cómo acceder al programa.

Restricción de medicamentos de marca cuando está disponible una versión genérica

En lo general, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia tiene un costo inferior. **En la mayoría de los casos cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** En general, no cubriremos el medicamento de marca si existe una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el que el medicamento genérico no será efectivo para usted, cubriremos el medicamento de marca. (La parte que le corresponde del costo puede ser superior para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtención de la aprobación previa del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor debe obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir su medicamento. Esto se llama “**autorización previa**”. A veces, el requisito de obtener la aprobación anticipada ayuda en la consejería del uso correcto de determinados medicamentos. Si no obtiene dicha aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Primero pruebe un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos pero igualmente efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si un Medicamento A y un Medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede exigirle que primero pruebe el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar en primer lugar un medicamento diferente se denomina “**Terapia en etapas**”.

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede recibir. Por ejemplo, el plan puede limitar la cantidad de suministros que puede recibir, o la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surte una receta médica. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro que tome sólo un comprimido por día de determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de un comprimido por día.

Sección 5.3 ¿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 usted toma o desee tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si desea obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual) o consulte nuestro sitio web (www.mapfremedicare.com).

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberá tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si existe una restricción en el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Departamento de Servicio al Cliente para conocer lo que debería hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que no se aplique la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de apelación formal y solicitarnos que realicemos una excepción. Podemos aceptar o no la aplicación de la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener más información acerca de la solicitud de excepciones.)

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma que usted desearía?

Sección 6.1 Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía

Supongamos que hay un medicamento recetado que toma actualmente, o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar. Esperamos que la cobertura de su medicamento funcione de forma eficaz en su caso, pero es posible que surjan problemas. Por ejemplo:

- **¿Qué sucede si el medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan?** Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- **¿Qué sucede si se cubre el medicamento, pero existen normas o restricciones adicionales en la cobertura de dicho medicamento?** Como se explica en la Sección 5, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría requerir que primero pruebe un medicamento diferente para ver si es eficaz, antes de que se cubra el medicamento que usted desea tomar. O podría haber límites en la cantidad de medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) que se cubre durante un periodo de tiempo en particular. En algunos casos, es posible que usted desee que no se aplique la restricción. Por ejemplo, usted podría solicitarnos que se cubra cierta cantidad de medicamento sin antes tener que probar otros medicamentos. O puede solicitarnos que se cubra más medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) que la cobertura habitual.

- **¿Qué sucede si el medicamento está cubierto, pero pertenece a un nivel de costo compartido que lo hace más costoso de lo que cree conveniente?** El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de 4 niveles de costo compartido diferentes. Lo que deba pagar por su receta depende en parte del nivel de costo compartido en que esté el medicamento.

Hay pasos que puede seguir si su medicamento no está cubierto de la forma que usted desearía. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene restricciones, consulte la Sección 6.2 para saber lo que puede hacer.
- Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que lo hace más costoso de lo que cree conveniente, consulte la Sección 6.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 6.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos o si el medicamento está restringido de alguna forma?
--------------------	--

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

- Es posible que pueda recibir un suministro temporal del medicamento (sólo los miembros en determinadas situaciones pueden recibir un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar una solicitud de cobertura para el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede recibir un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando el suyo no está en la Lista de medicamentos o cuando está restringido de alguna forma. De esta forma tiene más tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

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

1. El cambio en la cobertura de su medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- -- o -- el medicamento que ha estado tomando **ahora está restringido de alguna forma** (la Sección 5 de este capítulo le informa sobre estas restricciones).

2. Usted debe estar en alguna de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para los miembros que estaban en el plan el año pasado y que no se encuentran en un centro de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **sólo una vez durante los primeros 90 días del año calendario**. Este suministro temporal será para un máximo de *30-días de suministro*, o menos si su receta está escrita por una menor cantidad de días. La receta médica se debe surtir en una farmacia de la red.

- **Para los miembros nuevos del plan y que no se encuentran en un centro de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **sólo una vez durante los primeros 90 días como miembro** del plan. Este suministro temporal será para un máximo de *30-días de suministro*, o menos si su receta está escrita por una menor cantidad de días. La receta médica se debe surtir en una farmacia de la red.

- **Para los miembros nuevos del plan y que residen en un centro de cuidado a largo plazo:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días como miembro** del plan. La primera provisión será para un máximo de *31-días*, o menos si su receta está escrita por una menor cantidad de días. Si fuera necesario, cubriremos suministros adicionales durante sus primeros *90 días* en el plan.

- **Para los miembros que han permanecido en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de *31-días*, o menos si su receta está escrita por una menor cantidad de días. Esto se agrega al suministro de transición de cuidado a largo plazo anterior.

Para solicitar un suministro temporal, llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

Durante el tiempo en que recibe el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que realice una excepción y cubra su medicamento actual. Las siguientes secciones le proporcionan más información sobre estas opciones.

Puede cambiar por otro medicamento

En primer lugar, hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría ser igualmente de efectivo para usted. Puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan el mismo problema de

salud. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que le realice una excepción y cubra el medicamento de la forma que usted desearía que fuera cubierto. Si su proveedor manifiesta que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento aunque éste no esté incluido en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan que realice una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica lo que debe hacer. Le explica los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar por otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, en primer lugar hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría ser igualmente de efectivo para usted. Puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan el mismo problema de salud. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.

Puede solicitar una excepción

Para los medicamentos en *nivel 2 y 3*, usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos. Si su proveedor manifiesta que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica lo que debe hacer. Le explica los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de forma ágil y justa.

Los medicamentos en algunos niveles de nuestro costo compartido no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la cantidad del costo compartido para los medicamentos en *nivel 4 (medicamentos especializados)*.

SECCIÓN 7 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos?

Sección 7.1 La lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se produce al comienzo de cada año (1 de enero). No obstante, durante el año, el plan podría realizar muchos tipos de cambios a la lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la lista de medicamentos.** Hay nuevos medicamentos disponibles, incluyendo nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno haya dado la aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. En algunas ocasiones, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O es posible que quitemos un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Cambiar medicamentos a un nivel superior o inferior de costo compartido.**
- **Agregar o quitar una restricción a la cobertura de un medicamento** (si desea más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 5 en este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

En casi todos los casos, debemos obtener la aprobación de Medicare para los cambios que realizamos a la lista de medicamentos del plan.

Sección 7.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?
--

¿Cómo sabrá si la cobertura de su medicamento ha cambiado?

Si se produce un cambio en la cobertura *de un medicamento que está tomando*, el plan le enviará un aviso para informarle. Normalmente, **le informaremos con al menos 60 días de anticipación.**

De vez en cuando, un medicamento **se retira del mercado repentinamente** debido a que se comprobó que no era seguro o por otros motivos. En este caso, el plan retirará de inmediato el medicamento de la lista de medicamentos. Le informaremos este cambio de inmediato. Su proveedor también tendrá conocimiento de ese cambio y puede trabajar con usted para buscar otro medicamento para su condición.

¿Los cambios en la cobertura de medicamentos lo afectan de inmediato?

Si alguno de los siguientes tipos de cambios afecta el medicamento que está tomando, el cambio no lo afectará hasta el 1 de enero del año siguiente si permanece en el plan:

- Si cambiamos el medicamento a un nivel superior de costo compartido.
- Si imponemos una nueva restricción para el uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la lista de medicamentos, pero no debido a un retiro repentino del mercado o debido a que un nuevo medicamento genérico lo ha reemplazado.

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando, el cambio no afectará su uso o lo que usted paga como la parte que le corresponde del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no note ningún incremento en sus pagos o ninguna restricción adicional en el uso del medicamento. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, los cambios lo afectarán.

En algunos casos, se verá afectado por el cambio en la cobertura antes del 1 de enero:

- Si un **medicamento de marca que está tomando es reemplazado por un medicamento genérico**, el plan debe informarle con al menos 60 días de anticipación o proporcionarle una reposición de su medicamento de marca para 60 días en una farmacia de la red.
 - Durante este período de 60 días, debe analizar junto con su proveedor el cambio al genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
 - O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción y continúe la cobertura de su medicamento de marca. Si desea información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).
- Nuevamente, si un medicamento **se retira repentinamente del mercado** debido a que se comprobó que no es seguro o por otros motivos, de inmediato el plan lo quitará de la lista de medicamentos. Le informaremos este cambio de inmediato.
 - Su proveedor también tendrá conocimiento de ese cambio, y puede ayudarle a buscar otro medicamento para su condición.

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

Sección 8.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

Esta sección le indica los tipos de medicamentos recetados que están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si recibe medicamentos que están excluidos, usted debe pagarlos. No pagaremos por los medicamentos que se indican en esta sección (excepto algunos medicamentos cubiertos excluidos dentro de nuestra cobertura de medicamentos mejorada). La única excepción: si después de una apelación se comprueba que el medicamento solicitado es un medicamento no excluido en la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Si desea información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5 de este manual.)

A continuación se detallan tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en la Parte D:

- Nuestro plan de medicamentos de la Parte D no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por las Partes A o B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- En lo general, nuestro plan no cubre los usos no prescritos. El “uso no prescrito” es cualquier uso del medicamento distinto a los usos indicados en el prospecto del medicamento según la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA).
 - En general, la cobertura de los “usos no prescritos” se permite sólo en casos en los que el uso esté respaldado por determinados libros de referencia. Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information, DRUGDEX Information System y USPDI o la versión posterior. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir el “uso no prescrito”.

Además, según lo exige la ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se listan a continuación a través de la cobertura de medicamentos mejorada, por los que se le puede cobrar una prima adicional. A continuación se proporciona más información.)

- Medicamentos no prescritos (también llamados de venta libre).
- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad.
- Medicamentos que se usan para el alivio de los síntomas de la tos o el resfrío.
- Medicamentos que se usan con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de fluoruro.
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de las disfunciones sexual o eréctil tales como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject.
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.

- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante solicite que se adquieran las pruebas asociadas o servicios de monitoreo exclusivamente del fabricante como condición de venta.
- Barbitúricos y benzodiazepinas.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que, por lo general, no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare (cobertura de medicamentos mejorada). Cubrimos medicamentos para la disfunción eréctil hasta \$200 por año. La cantidad que usted paga cuando surte una receta por estos medicamentos no se tiene en cuenta para ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 7 de este manual.)

Además, si **recibe Ayuda Adicional de Medicare** para pagar sus recetas, el programa Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que, por lo general, no están cubiertos. (Consulte el formulario o llame al Departamento de Servicio al Cliente para obtener más información.) Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que habitualmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Por favor, comuníquese con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 9 Muestre su tarjeta de miembro del plan al surtir una receta

Sección 9.1 Muestre su tarjeta de miembro

Para surtir su receta médica, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando usted muestra su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan *nuestra* parte del costo del medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo al recoger su medicamento recetado.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si no lleva la tarjeta de miembro?
--

Si no lleva la tarjeta de miembro del plan al momento de surtir su receta médica, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar la totalidad del costo del medicamento cuando lo recoja.** (Posteriormente puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.)

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

Sección 10.1	¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación cubierta por el plan?
---------------------	--

Si es admitido en un hospital o centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su internación. Una vez que deje el hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que éstos cumplan con todas nuestras normas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección, donde se informan las normas para recibir la cobertura de medicamentos. El capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le proporciona más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Por favor, tenga en cuenta: Al ingresar, vivir o retirarse de un centro de enfermería especializada, usted es elegible para un período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura en cualquier momento. (El Capítulo 10, *Baja del plan*, le informa cuándo puede abandonar nuestro plan e inscribirse en un plan Medicare diferente.)

Sección 10.2	¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo?
---------------------	---

Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia, o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. En caso contrario, o si necesita más información, por favor, comuníquese con Departamento de Servicio al Cliente.

¿Qué sucede si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo y se convierte en un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está incluido en la lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros *90 días* de su inscripción. El primer suministro será para un máximo de *31-días*, o menos si su receta está escrita por una menor cantidad de días. Si fuera necesario, cubriremos provisiones adicionales durante sus primeros *90 días* en el plan.

Si ha sido miembro del plan durante más de *90 días* y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o si el plan tiene alguna restricción para la cobertura del

medicamento, cubriremos un suministro de *31-días*, o menos si su receta está escrita por una menor cantidad de días.

Durante el tiempo en que recibe el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría ser igualmente de efectivo para usted. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma que usted desearía que fuera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le indica lo que debe hacer.

Sección 10.3 ¿Qué sucede si además recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de su empleador o de jubilados?

¿Actualmente tiene otro plan de medicamentos recetados a través de un plan grupal, de su empleador (o el de su esposo(a)) o de jubilados? De ser así, comuníquese con **el administrador de beneficios de dicho grupo**. Le puede ayudar a determinar cómo funciona su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

En general, si tiene un empleo en la actualidad, la cobertura de medicamentos recetados que obtendrá de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupal de jubilados. Eso significa que la cobertura grupal pagaría en primer lugar.

Nota especial sobre la ‘cobertura válida’:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el año siguiente es “válida” y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura de su plan grupal es “**válida**”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare.

Conserve estas notificaciones sobre la cobertura válida, ya que es posible que las necesite posteriormente. Si se inscribe en un plan Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura válida. Si no recibió el aviso de la cobertura válida por parte de su plan grupal del empleador o de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan del empleador o jubilados o el empleador o sindicato.

SECCIÓN 11 Programas para la seguridad de medicamentos y la administración de medicamentos

Sección 11.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura
--

Llevamos a cabo una revisión del uso de medicamentos de nuestros miembros para ayudar a garantizar 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 sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que usted surte una receta. Además, realizamos una revisión de nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones buscamos posibles problemas, tales como:

- Posibles errores de medicación.
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios dado que ya toma otro medicamento para tratar la misma condición médica.
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o adecuados debido a su edad o sexo.
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que contienen ingredientes a los cuales es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

Si observamos un posible problema en su uso de la medicación, lo analizaremos junto con su médico para corregir el problema.

Sección 11.2 Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos
--

Tenemos programas que pueden ayudar a nuestros miembros con situaciones especiales. Por ejemplo, algunos miembros padecen diversas condiciones médicas complejas o posiblemente necesitan tomar varios medicamentos a la vez, o podrían tener costos de medicamentos muy elevados.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para los miembros. Un grupo de farmacéutas y médicos desarrollaron los programas para nosotros. Los programas pueden ayudar a garantizar que nuestros miembros estén usando los medicamentos más eficaces para el tratamiento de sus condiciones médicas y ayudarnos a identificar posibles errores en la medicación.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, por favor, notifíquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

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

SECCIÓN 1	Introducción	114
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que le explican la cobertura de medicamentos.....	114
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que usted se encuentra al recibir el medicamento	115
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)?.....	115
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.....	116
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios" (“EOB”)	116
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos	117
SECCIÓN 4	No existe deducible para MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)	118
Sección 4.1	Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D.....	118
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte del costo que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.....	118
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta.....	118
Sección 5.2	La tabla muestra sus costos para un suministro de un medicamento para un mes	119
Sección 5.3	La tabla muestra sus costos para un suministro de un medicamento a <i>largo plazo</i> hasta 31 días)	120
Sección 5.4	Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de medicamentos durante el año lleguen a \$2,930.00	122

SECCIÓN 6	Durante el Período sin Cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 86% de los costos de los medicamentos genéricos.....	123
Sección 6.1	Usted permanece en el Período sin Cobertura hasta que los gastos directos de su bolsillo lleguen a \$4,700.00	123
Sección 6.2	De qué manera Medicare calcula los gastos directos de su bolsillo para medicamentos recetados	123
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos.....	126
Sección 7.1	Una vez que se encuentra en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año	126
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba.....	126
Sección 8.1	Nuestro plan tiene una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna	126
Sección 8.2	Puede llamarnos al Departamento de Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna.....	128
SECCIÓN 9	¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?.....	129
Sección 9.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?	129
Sección 9.2	¿Cuál es el costo de la multa por inscripción tardía de la Parte D?	129
Sección 9.3	En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa.....	130
Sección 9.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía?.....	131
SECCIÓN 10	¿Tiene que pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	131
Sección 10.1	¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a los ingresos?	131

Sección 10.2	¿Cuál es la cantidad adicional de la Parte D?	132
Sección 11.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional de la Parte D?	132



¿Sabía que existen programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?

Existen programas en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana con ingresos y recursos limitados que le ayudan a pagar sus costos de Medicare. Los programas varían en estos lugares. Llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) local para averiguar sobre sus reglamentos (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 de este capítulo). O llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y diga “Medicaid” para más información. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Además, para obtener más información puede visitar <http://www.medicare.gov>.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que le explican la cobertura de medicamentos
--------------------	--

Este capítulo se enfoca en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizamos el término “medicamento” para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos están incluidos en los medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por las Partes A o B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. Algunos medicamentos excluidos pueden ser cubiertos por nuestro plan si usted ha comprado la cobertura suplementaria de medicamentos.

Para entender la información sobre pagos que le proporcionamos en este capítulo, debe conocer conceptos básicos sobre los medicamentos cubiertos, dónde presentar las recetas y qué normas debe seguir al recibir sus medicamentos cubiertos. Los siguientes materiales le explican estos conceptos básicos:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan.** Para simplificar, la llamamos “lista de medicamentos”.
 - Esta lista de medicamentos le indica cuáles medicamentos están cubiertos.
 - Además, le indica en cuál de los 4 “niveles de costo compartido” se encuentra el medicamento y si existe alguna restricción a su cobertura del medicamento.
 - Si necesita una copia de la lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). También puede encontrar la lista de medicamentos en nuestro sitio web en

www.mapfremedicare.com. La lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este manual.** En el Capítulo 5 se proporcionan los detalles de la cobertura de medicamentos recetados, incluyendo las normas que debe seguir al recibir sus medicamentos recetados. Además, el Capítulo 5 le indica los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de Proveedores y Farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para recibir sus medicamentos cubiertos (vea el Capítulo 5 para obtener los detalles). El *Directorio de Proveedores y Farmacias* tiene una lista de las farmacias de la red del plan. También explica cómo puede obtener suministro de un medicamento a largo plazo (por ejemplo, cómo surtir una receta para un suministro de tres meses).

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que usted se encuentra al recibir el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)?
--

Como se muestra en la tabla a continuación, existen “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados en *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*. La cantidad que paga por un medicamento depende de la etapa en que usted se encuentra en el momento de recibir un suministro o una reposición del medicamento.

Etapa 1 <i>Etapa de Cobertura Inicial</i>	Etapa 2 <i>Período sin cobertura</i>	Etapa 3 <i>Etapa de Cobertura Catastrófica</i>
<p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga la parte del costo que le corresponde.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que el “costo total de sus medicamentos” (su pago más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen \$2,930.00.</p> <p>(Los detalles están en la Sección 5 de este capítulo.)</p>	<p>Para los medicamentos genéricos, usted paga \$5 de copago o 86% de los costos, lo que sea menor. Para los medicamentos de marca, usted paga el 50% del precio (más la tarifa de suministro).</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que los “gastos directos de su bolsillo” (sus pagos) lleguen a un total de \$4,700.00. Esta cantidad y las normas para que los costos cuenten en esta cantidad han sido establecidos por Medicare.</p> <p>(Los detalles están en la Sección 6 de este capítulo.)</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos para el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2012).</p> <p>(Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo.)</p>

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

Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios" (“EOB”)
--------------------	---

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realizó al surtir sus recetas o recibir una reposición en la farmacia. De esta forma, le podemos informar cuándo pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos que registramos:

- Llevamos un registro de la cantidad que pagó. Esto se conoce como “**gastos directos de su bolsillo**”.
- Llevamos un registro de sus “**costos totales de medicamentos**”. Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo u otras personas pagan en su nombre, más la cantidad que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado “*Explicación de beneficios*” (en ocasiones se le conoce como “EOB”, por su siglas en inglés) cuando haya surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. Incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe le proporciona los detalles de pagos de las recetas médicas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagó usted y otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se conoce como información “anual hasta la fecha”. Indica el costo total del medicamento y el total de pagos por sus medicamentos desde principios de año.

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

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted realiza por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro al surtir sus medicamentos.** Para asegurarse de que sepamos acerca de las recetas que compra y lo que paga, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga sus medicamentos.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** En ocasiones, es posible que tenga que pagar sus medicamentos recetados cuando no recibamos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de los gastos directos de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos directos de su bolsillo, puede enviarnos copias de los recibos de los medicamentos que haya comprado. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vea el Capítulo 7, Sección 2 de este manual). Estos son algunos tipos de situaciones en las que posiblemente deseemos copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de sus gastos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realizó un copago por medicamentos proporcionados dentro del programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.

- Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando haya pagado el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los gastos directos de su bolsillo y le ayudan a ser elegible para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica, un programa de asistencia para los medicamentos contra el SIDA, el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se cuentan como gastos directos de su bolsillo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviármolos para que podamos registrar los costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios* (un EOB) por correo, revísela para asegurarse que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio para Miembros (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 No existe deducible para MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)

Sección 4.1 Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D

No existe deducible para MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS). Usted comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando compra su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información acerca de su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte del costo que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surte su receta
--

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte del costo que le corresponde por sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga la parte que a usted le corresponde (su cantidad de su copago o coaseguro). La parte del costo que le corresponde variará según el medicamento y el lugar donde compra su receta.

El plan tiene 4 niveles de costo compartido

Cada medicamento de la lista de medicamentos del plan está en uno de los 4 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento:

- Costo compartido Nivel 1- incluye medicamentos genéricos preferidos
- Costo compartido Nivel 2- incluye medicamentos de marca preferida
- Costo compartido Nivel 3- incluye medicamentos de marca no preferida
- Costo compartido Nivel 4- incluye medicamentos especializados

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de donde lo obtiene:

- Una farmacia de venta al por menor de la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, vea el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.

Sección 5.2	La tabla muestra sus costos para un suministro de un medicamento para un mes
--------------------	---

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, la parte del costo que le corresponde de un medicamento cubierto será un copago o coaseguro.

- **“Copago”** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta médica.
- **“Coaseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que compra una receta médica.

Como se muestra en la siguiente tabla, la cantidad del copago o el coaseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre el medicamento. Por favor, tenga en cuenta:

- Si sus medicamentos recetados cuestan menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará el precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* la cantidad del copago, *el que sea menor*.

- Cubrimos recetas médicas en farmacias que no pertenecen a la red sólo en situaciones limitadas. Vea el Capítulo 5, Sección 3.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta médica en una farmacia que no pertenece a la red.

La parte que a usted le corresponde del costo cuando obtiene un suministro para un mes (o menos) de un medicamento recetado cubierto por la parte D de:

	Farmacia de la red (hasta un suministro de 30 días)	Servicio de pedido por correo del plan (hasta un suministro de 30 días)	Farmacia de cuidado a largo plazo de la red (hasta un suministro de 30 días)	Farmacia fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; para más detalles, vea el Capítulo 5). (hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca preferido)	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca no preferido)	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos especializados)	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro

Sección 5.3 La tabla muestra sus costos para un suministro de un medicamento a largo plazo hasta 31 días)

Para algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también conocido como “suministro extendido”) al surtir su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro

de hasta **31 días**. (Si desea detalles sobre dónde y cómo recibir un suministro a largo plazo de un medicamento, vea el Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento (de hasta **31 días**).

- Por favor, tenga en cuenta: Si sus medicamentos recetados cuestan menos que la cantidad del copago que aparece en la tabla, usted pagará el precio menor del medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* la cantidad del copago, *el que sea menor*.

La parte del costo que a usted le corresponde cuando recibe un suministro a largo-plazo (31 días) de un medicamento recetado cubierto por la Parte D de:

	Farmacia de la red (hasta un suministro de 31 días)	Servicio de pedido por correo del plan (hasta un suministro de 31 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$5 de copago	\$5 de copago
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos de marca preferido)	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 3 de costo compartido (medicamento de marca no preferida)	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos especializados)	25% de coaseguro	25% de coaseguro

Sección 5.4	Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de medicamentos durante el año lleguen a \$2,930.00
--------------------	--

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos recetados de los que recibió un suministro o reposición alcance el **límite de \$2,930.00 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

Su costo total de medicamentos se basa en la suma de lo que usted pagó y lo que pagó cualquier plan de la Parte D.

- **Lo que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre la manera en que Medicare calcula los gastos directos de su bolsillo). Esto incluye:
 - El total que pagó como la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Lo que el plan pagó** como la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted estuvo inscrito en un plan diferente de la Parte D en algún momento durante 2012, la cantidad que el plan pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial también se tiene en cuenta para sus costos totales de medicamentos).

Ofrecemos cobertura adicional para ciertos medicamentos recetados que por lo general no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos realizados para estos medicamentos no contarán para su límite de cobertura inicial o sus costos totales de gastos directos de su bolsillo. Además, proporcionamos algunos medicamentos sin receta médica exclusivamente para uso propio. Estos medicamentos sin receta médica se le proporcionan sin costo. Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte su formulario.

La *Explicación de beneficios* (EOB) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de cuánto gastaron usted y el plan por sus medicamentos durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$2,930.00 en un año.

Le informaremos si usted alcanza esta cantidad de \$2,930.00. Si alcanza esta cantidad, dejará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

SECCIÓN 6 Durante el Período sin Cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 86% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanece en el Período sin Cobertura hasta que los gastos directos de su bolsillo lleguen a \$4,700.00

Cuando usted se encuentra en el Período sin Cobertura, el Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Usted paga el 50% del precio negociado (sin incluir la tarifa de suministro y administración de vacuna, si existen) para los medicamentos de marca. La cantidad que usted paga y la cantidad descontado por el fabricante cuentan para los gastos directos de su bolsillo como si hubiera pagado esa cantidad y le ayuda a pasar el período sin cobertura.

Además, recibe cobertura de medicamentos genéricos. Usted no paga más del 86% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (14%) no cuenta para los gastos directos de su bolsillo. Solamente cuenta la cantidad que usted paga y le ayuda a pasar el Período sin Cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 86% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que el total anual de los pagos directos de su bolsillo lleguen a una cantidad máxima establecida por Medicare. En el 2012, esa cantidad es de \$4,700.00

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos directos de su bolsillo. Cuando usted alcanza un límite de gastos directos de su bolsillo de \$4,700.00, deja el Período sin Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Sección 6.2 De qué manera Medicare calcula los gastos directos de su bolsillo para medicamentos recetados

Las siguientes son las normas de Medicare que debemos seguir para llevar un registro de los gastos directos de su bolsillo de sus medicamentos.

*Estos pagos **están incluidos** en los gastos directos de su bolsillo*

Al realizar la suma de los gastos directos de su bolsillo, **puede incluir** los pagos que se listan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este manual):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Cobertura Inicial.
 - El Período sin Cobertura.
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** mismo realiza los pagos, estos se incluyen en los gastos directos de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los realizan a su nombre **otras personas u organizaciones**. Esto incluye pagos por sus medicamentos que haya hecho un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA., o por el Servicio de salud para indígenas. Además, se incluyen los pagos del Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o las personas que pagan en su nombre) haya alcanzado un total de \$4,700.00 de gastos directos de su bolsillo en un año calendario, pasará de Período sin Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los gastos directos de su bolsillo

Al realizar la suma de los gastos directos de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de los siguientes tipos de pagos por medicamentos recetados:

- Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Los medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos recetados cubiertos por las Partes A o B.
- Los pagos que realiza para medicamentos cubiertos dentro de nuestra cobertura adicional pero que habitualmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que realiza para medicamentos recetados que por lo general no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos mientras se encuentra en el Período sin Cobertura.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupal incluyendo planes de salud del empleador.
- Los pagos por sus medicamentos que realizan algunos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos de sus medicamentos realizados por otra persona con una obligación legal de pagar los costos de recetas (por ejemplo, Compensación al Trabajador).

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las que se mencionaron antes, paga parte o todos los gastos directos de su bolsillo por medicamentos, debe informarlo a nuestro plan. Para proporcionar dicha información, llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

¿Cómo puede llevar un registro del total de los gastos directos de su bolsillo?

- **Le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios* (EOB) que le enviamos incluye la cantidad actual de los gastos directos de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo le explica sobre este informe). Cuando alcanza un total de \$4,700.00 en gastos directos de su bolsillo durante el año, este informe le indicará que usted salió *del Período sin Cobertura* y pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** La Sección 3.2 le informa lo que puede hacer para ayudar a asegurarnos de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1	Una vez que se encuentra en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año
--------------------	---

Usted es elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los gastos directos de su bolsillo han alcanzado el límite de \$4,700.00 para el año calendario. Una vez que se encuentra en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

Opción 1:

- **La parte que le corresponde** del costo de un medicamento cubierto será un coaseguro o un copago, la cantidad que sea *mayor*:
 - *–puede ser* – Coaseguro del 5% del costo del medicamento.
 - *–o* – Copago de \$2.60 por un medicamento genérico o un medicamento que sea considerado como genérico. O un copago de \$6.50 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba

Sección 8.1	Nuestro plan tiene una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna en sí de la Parte D y para el costo de la aplicación de la vacuna
--------------------	---

Nuestro plan proporciona cobertura para una cantidad de vacunas de la Parte D. Además, cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para averiguar acerca de la cobertura de dichas vacunas, puede consultar la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **la aplicación de la vacuna**. (En ocasiones, esto se conoce como la “administración” de la vacuna).

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

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

- 1. El tipo de vacuna** (para qué se le vacuna).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Para averiguar sobre la cobertura de estas vacunas, vea el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan.
- 2. Dónde recibe el medicamento de la vacuna.**
- 3. Quién le aplica la vacuna.**

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- En ocasiones, cuando recibe una vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y la aplicación de la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.
- En otras ocasiones, al recibir el medicamento de la vacuna o la aplicación de la vacuna, solamente pagará la parte del costo que le corresponde.

Para mostrarle el funcionamiento, a continuación se presentan tres maneras habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con vacunas (incluyendo la administración) durante el Período sin Cobertura de su beneficio.

- Situación 1:* Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le aplican la vacuna en la farmacia de la red. (Puede tener esta alternativa según el lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren las vacunas).
- Usted tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna en sí.
 - Nuestro plan pagará el costo de la aplicación de la vacuna.

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

- Al recibir la vacuna, usted pagará el costo completo de la vacuna y la administración.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este manual (*Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará la cantidad que usted pagó menos su copago normal por la vacuna (incluyendo la administración) menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que habitualmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esa diferencia.)

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio del médico donde se la administran.

- Usted tendrá que pagar a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted pagará el costo completo de este servicio. Luego, puede solicitar a nuestro plan el pago de la parte del costo que nos corresponde mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este manual.
- Se le reembolsará la cantidad que el médico le cobre por la administración de la vacuna menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esa diferencia.)

Sección 8.2	Puede llamarnos al Departamento de Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna
--------------------	---

Las normas para la cobertura de vacunas son complicadas. Estamos para ayudarlo. Le recomendamos que primero nos llame al Departamento de Servicio al Cliente cuando planifique recibir una vacuna (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

- Podemos informarle de qué manera nuestro plan cubre su vacuna y explicarle la parte del costo que le corresponde.
- Podemos informarle de qué manera mantener sus propios costos reducidos mediante el uso de proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle qué debe hacer para recibir el pago de la parte del costo que nos corresponde.

SECCIÓN 9 ¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?

Sección 9.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?
--

Nota: Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, las normas de la multa por inscripción tardía no se aplican a usted. No pagará una multa por inscripción tardía, incluso si permanece sin cobertura “válida” de medicamentos.

Es posible que deba pagar una multa económica si no se inscribió en un plan que ofrece la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez para esta cobertura de medicamentos, o si pasó un período de 63 días consecutivos o más sin cobertura válida de medicamento recetados. (“Cobertura válida de medicamentos recetados” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos, el mismo monto que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.) La cantidad de la multa dependerá de cuánto se demoró en inscribirse en un plan de cobertura válida de medicamentos recetados en cualquier momento después del final del período de inscripción inicial o cuántos meses estuvo sin cobertura válida de medicamentos recetados.

Al inscribirse por primera vez en *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*, le informaremos la cantidad de la multa. La multa por inscripción tardía se considera la prima del plan. Si no paga la multa por inscripción tardía, podría ser dado de baja del plan.

Sección 9.2 ¿Cuál es el costo de la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para la inscripción. O bien, cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo una cobertura válida de medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura meritosa. Por ejemplo, si permanece 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare del país desde el año anterior. Para el 2012, la cantidad promedio de la prima es de \$31.08.
- Para obtener la multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego se redondea a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería el 14% multiplicado por \$31.08. Esto es igual a \$4.35, que se redondea a \$4.40. Esta cantidad se sumaría a la **prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía.**

Existen tres elementos importantes a tener en cuenta sobre esta multa en la prima mensual:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determina Medicare) aumenta, la multa aumentará.
- Segundo, **usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el tiempo en que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
- Tercero, si usted tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía volverá a cero cuando usted cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía se basará sólo en los meses que no tenga cobertura después del período inicial de inscripción por envejecimiento en Medicare.

Sección 9.3	En algunas situaciones, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa
--------------------	--

Aunque haya demorado la inscripción en un plan que ofrece la cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, en algunas ocasiones no debe pagar la multa por inscripción tardía.

No pagará la multa de la prima por inscripción tardía si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare la llama “**cobertura válida de medicamentos**”. Por favor, tenga en cuenta:
 - La cobertura válida podría incluir la cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato anterior, TRICARE o el Departamento de Asuntos para Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura válida. Se le puede enviar esta información en una carta o incluida en un boletín del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
 - Por favor, tenga en cuenta: Si recibe un “certificado de cobertura válida” cuando finaliza su cobertura de salud, es posible que no signifique que su cobertura de medicamentos recetados era válida. La notificación debe afirmar que usted tenía cobertura “válida” de medicamentos recetados que se esperaba que pague la misma cantidad que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
 - Las siguientes *no* son coberturas válidas de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento para medicamentos.
 - Si desea información adicional acerca de la cobertura válida, consulte el manual *Medicare y Usted 2012* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-

4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden comunicarse al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- Si estuvo sin cobertura válida, pero continuó sin ella durante menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare.

Sección 9.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía?

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía, usted o su representante puede solicitar una revisión de la decisión sobre la multa. Por lo general, puede solicitar la revisión **en un plazo de 60 días** desde la fecha de la carta que recibe en la que se informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si desea más información sobre cómo hacerlo, llame al Departamento de Servicio al Cliente a los números que están en la parte de atrás de este manual.

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía mientras espera la revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. De lo contrario, lo pueden dar de baja por no pagar las primas de su plan.

SECCIÓN 10 ¿Tiene que pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 10.1 ¿Quién paga una cantidad adicional de la Parte D debido a los ingresos?

La mayoría de las personas pagan una prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos son de \$85,000 o más para una persona (o personas casadas que reportan impuestos separado) o \$170,000 o más para parejas casadas, usted debe pagar una cantidad adicional por la cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, la Administración del Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional y cómo pagarla. La cantidad adicional será retenida de su cheque de beneficio de su Seguro Social, Junta de Retiro Ferroviario, o la Oficina de Gerencia de Personal, sin importar la manera en que usted generalmente pague la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que deba. Si su cheque de beneficio no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá una factura de Medicare. La cantidad adicional se debe pagar por separado y no se puede pagar con su prima mensual del plan.

Sección 10.2 ¿Cuál es la cantidad adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado tal como aparece en su declaración de impuestos del Departamento de Tesorería de los Estados Unidos (IRS, por su sigla en inglés) es mayor a cierta cantidad, usted pagará una cantidad adicional además de la prima mensual del plan.

La siguiente tabla muestra la cantidad adicional en base a su ingreso.

Si presentó una declaración de impuestos individual y su ingreso en 2010 fue:	Si estaba casado pero presentó una declaración de impuestos individual y su ingreso en 2010 fue:	Si presentó una declaración de impuestos conjunta y su ingreso en 2010 fue:	Este es el costo mensual adicional de la Parte D (a pagar además de la prima de su plan)
Igual o menos de \$85,000	Igual o menos de \$85,000	Igual o menos de \$170,000	\$0
Más de \$85,000 y menos de o igual a \$107,000		Más de \$170,000 y menos de o igual a \$214,000	\$11.60
Más de \$107,000 y menos de o igual a \$160,000		Más de \$214,000 y menos de o igual a \$320,000	\$29.90
Más de \$160,000 y menos de o igual a \$214,000	Más de \$85,000 y menos de o igual a \$129,000	Más de \$320,000 y menos de o igual a \$428,000	\$48.10
Más de \$214,000	Más de \$129,000	Más de \$428,000	\$66.40

Sección 11.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo en que debe pagar una cantidad adicional debido a su ingreso, puede solicitar a la Administración del Seguro Social que revise la decisión. Si desea más información acerca de cómo hacerlo, comuníquese con la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-325-0778).

Capítulo 7. Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	134
Sección 1.1	Si paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	134
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida.....	136
Sección 2.1	Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago.....	136
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no	137
Sección 3.1	Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto le debemos	137
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos el total o parte de la atención médica o el medicamento, puede realizar una apelación.....	138
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias	138
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos directos de su bolsillo por medicamentos	138

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1	Si paga la parte del costo que le corresponde a nuestro plan por los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago
--------------------	---

En ocasiones, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. En otros casos, puede encontrar que pagó más de lo que esperaba de acuerdo con las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el pago (esta devolución suele llamarse “reembolso”). Tiene derecho a que el plan le reembolse el dinero cuando haya pagado más de la parte que le corresponde del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan.

También puede suceder que reciba la factura de un proveedor por el costo total de los servicios médicos que recibió. En muchos casos, debe enviarnos la factura en lugar de pagarla usted mismo. Examinaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de situaciones en que posiblemente deba solicitarle a nuestro plan que le reembolse un pago o que pague una factura recibida.

1. Cuando recibió atención médica urgente o de emergencia por parte de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia por parte de cualquier proveedor, ya sea que pertenezca a nuestra red o no. Cuando recibe atención médica urgente o de emergencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red, usted es sólo responsable de pagar la parte del costo que le corresponde, no el costo total. Debe solicitar al proveedor que facture al plan la parte del costo que nos corresponde.

- Si usted paga la cantidad total al momento de recibir la atención médica, debe solicitarnos el reembolso del pago de la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- En ocasiones, puede recibir una factura del proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se debe dinero al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si ya pagó más de la parte que le corresponde por el costo del servicio, determinaremos cuánto le debemos y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde.

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 directamente al plan y sólo solicitarle a usted la parte del costo que le corresponde. Pero en ocasiones pueden cometer errores y solicitarle que pague más de lo que le corresponde.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red por una cantidad mayor al que usted cree que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y solucionaremos este problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red pero considera que le pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado y solicítenos el reembolso de la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que debía al plan.

3. Si se inscribe de manera retroactiva en nuestro plan.

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso la fecha de inscripción puede haber sucedido el año pasado).

Si se inscribió en nuestro plan de manera retroactiva y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios y medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte de los costos que nos corresponde. Deberá enviar documentación para que manejemos el reembolso.

- Por favor, llame al Departamento de Servicio al Cliente para obtener información adicional acerca de cómo solicitarnos el reembolso y las fechas límites para presentar la solicitud.

4. Cuando utiliza una farmacia que no pertenece a la red para obtener un medicamento recetado

Si intenta utilizar su tarjeta de miembro en una farmacia fuera de la red para presentar una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total de la receta. (Cubrimos recetas que se surten en farmacias que no pertenecen a la red sólo en algunas situaciones especiales. Si desea más información, vea el Capítulo 5, Sección 3.5).

- Guarde el recibo y envíenos una copia para solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

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

Si no lleva su tarjeta de miembro del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o consulte su información de inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener

la información de inscripción necesaria en ese momento, posiblemente deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

- Guarde el recibo y envíenos una copia para solicitarnos el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

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

Es posible que tenga que pagar el costo total de la receta médica porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo en particular.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted desconocía o no creía que se aplicara a su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso del pago. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si negamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) se incluye información sobre cómo realizar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura recibida

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago

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

Si desea asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar el formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede descargar una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.mapfremedicare.com) o llamar al Departamento de Servicio al Cliente y solicitar el formulario. Los números de teléfono de Departamento de Servicio al Cliente están en la parte de atrás de este manual.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos a esta dirección:

Para reembolsos relacionados a medicamentos:
Caremark
PO Box 52116
Phoenix, AZ 85072-2116

Para reembolsos relacionados a servicios médicos:
MAPFRE Medicare Excel
PO Box 71419
San Juan, PR 00936-8519

También puede llamar a nuestro plan para solicitar el pago. Si desea detalles, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección que se llama, Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención médica o un medicamento recibido.

Debe enviarnos su reclamación o queja dentro de 90 días de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con Departamento de Servicio al Cliente. Si no sabe lo que debería haber pagado o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamarnos si desea proporcionar más información sobre una solicitud de pago que nos envió.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no

Sección 3.1 Evaluamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto le debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted cumplió con todas las normas para la obtención de la atención o el medicamento, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de la parte del costo que nos corresponde. Si aún no pagó el servicio o el medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3 se explican las normas que debe cumplir para obtener los servicios médicos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos recetados cubiertos por la Parte D).
- Si decidimos que los servicios médicos o el medicamento *no* están cubierto, o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. En su lugar, le enviaremos una carta explicando los motivos por los cuales no le enviamos el pago solicitado y sus derechos de apelar a esta decisión.

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

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, o no está de acuerdo con la cantidad que pagamos, puede realizar una apelación. Si realiza una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos de rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo realizar esta apelación, vea el Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Si es la primera vez que realiza una apelación, le resultará útil comenzar leyendo la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una introducción que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de leer la Sección 4, puede consultar la sección del Capítulo 9 donde se indica qué debe hacer en su situación:

- Si desea realizar una apelación acerca del reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea realizar una apelación acerca del reembolso de un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 **Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias**

Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de los recibos para ayudarnos a llevar un registro de los gastos directos de su bolsillo por medicamentos
--------------------	--

Existen situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos. En estos casos, no nos solicita un pago. Por el contrario, nos informa sobre sus pagos de manera que podamos calcular correctamente los gastos directos de su bolsillo. Esto le puede ayudar a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con mayor rapidez.

A continuación, se presentan dos situaciones en que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio menor a nuestro precio

En ocasiones, cuando usted se encuentra en el Período sin Cobertura, usted puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** a un precio que es menor a nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia puede ofrecer el medicamento a un precio especial. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de nuestro beneficio que ofrece un precio menor.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, en estos casos debe utilizar una farmacia de la red y el medicamento debe estar incluido en nuestra lista de medicamentos.
- Guarde el recibo y envíenos una copia, para tomarlo en cuenta como gastos directos de su bolsillo y pueda ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Por favor, tenga en cuenta:** Si se encuentra en el Período sin Cobertura no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero el envío de una copia del recibo nos permite calcular correctamente los gastos directos de su bolsillo y puede ayudarlo a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con mayor rapidez.

2. Cuando usted obtiene un medicamento a través de un programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de ayuda al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa que ofrece un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de ayuda al paciente.

- Guarde el recibo y envíenos una copia, para tomarlo en cuenta como gastos directos de su bolsillo y pueda ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Por favor, tenga en cuenta:** como obtiene su medicamento a través del programa de ayuda al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de los medicamentos. Pero el envío de una copia del recibo nos permite calcular correctamente los gastos directos de su bolsillo y puede ayudarlo a ser elegible para la Etapa de Cobertura Catastrófica con mayor rapidez.

Dado que no solicita el pago en ninguno de los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede realizar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 141

- Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que a usted le resulte útil (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.).....141
- Sección 1.2 Debemos tratarlo con equidad y respeto en todo momento141
- Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que reciba sin demora sus servicios y medicamentos cubiertos142
- Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal sobre su salud142
- Sección 1.5 Debemos darle información acerca del plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos143
- Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre la atención145
- Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones tomadas147
- Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?147
- Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos.....148

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 148

- Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?148

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos proporcionar la información de una manera que a usted le resulte útil (en idiomas que no sean inglés, en Braille, en texto con letras grandes u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Si desea que le enviemos información de manera que le resulte útil, por favor, llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan español. También podemos darle la información en Braille, en texto con letras grandes o en otros formatos alternativos que pueda necesitar. Si es elegible para Medicare por una incapacidad, debemos proporcionarle la información sobre los beneficios del plan de una manera accesible y adecuada para usted.

Si tiene algún problema para recibir información de nuestro plan debido a problemas relacionados con el idioma o su incapacidad, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, e informe que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY/TDD pueden comunicarse al 1-877-486-2048.

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

Our plan has people and free language interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats if you need it. If you are eligible for Medicare because of a disability, we are required to give you information about the plan's benefits that is accessible and appropriate for you.

If you have any trouble getting information from our plan because of problems related to language or a disability, please call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, 7 days a week, and tell them that you want to file a complaint. TTY/TDD/TDD users call 1-877-486-2048.

Sección 1.2	Debemos tratarlo con equidad y respeto en todo momento
--------------------	---

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen de la discriminación o el tratamiento injusto. **No discriminamos** a las personas por su raza, origen étnico, origen nacional, religión, sexo, edad, incapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de seguros, o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene dudas acerca de la discriminación o el trato injusto, por favor, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si padece una incapacidad y necesita ayuda para el acceso a la atención, por favor, llámenos al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Departamento de Servicio al Cliente puede ayudarlo.

Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que reciba sin demora sus servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un médico de cuidado primario (PCP) de la red del plan que proporcione y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 le proporciona más información). Llame al Departamento de Servicio al Cliente para informarse sobre qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). No es necesario que obtenga un referido para consultar a proveedores de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a concertar citas y recibir los servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener sin demora los servicios de especialistas cuando necesita ese tipo de atención. Además, tiene derecho a surtir o recibir una reposición de sus recetas en cualquier farmacia de la red sin grandes demoras.

Si considera que no recibe la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D dentro un plazo razonable, el Capítulo 9, Sección 10 de este manual le informa lo que puede hacer. (Si le negamos la cobertura de su atención médica o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 4 le informa lo que puede hacer.)

Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal sobre su salud
--------------------	---

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

- La “información personal sobre su salud” incluye la información personal que usted nos dio cuando se inscribió en el plan, así como los registros médicos y otros datos médicos y sobre su salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de la manera en que se utiliza la información sobre su salud. Le proporcionamos un aviso por escrito, llamado “Aviso sobre Prácticas de Privacidad”, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de la información sobre su salud.

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

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique sus registros.
- En la mayoría de los casos, si revelamos información sobre su salud a una persona que no proporcione ni pague su atención médica, *en primer lugar debemos obtener su permiso por escrito*. El permiso por escrito lo puede proporcionar usted o alguien que tenga poder legal para tomar decisiones en su lugar.
- Existen excepciones donde no es necesario que primero obtengamos su permiso por escrito. Dichas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Por ejemplo, debemos divulgar la información sobre su salud a las agencias del gobierno que controlen la calidad de la atención médica.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle la información sobre su salud a Medicare, incluyendo la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para la investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con los estatutos y los reglamentos federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a examinar los registros médicos que tiene el plan y a obtener una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además, tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o hagamos correcciones a sus registros médicos. Si usted lo solicita, lo analizaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber de qué manera se divulgó a terceros la información sobre su salud con fines que no son de rutina.

Si tiene alguna pregunta o duda sobre la privacidad de la información personal sobre su salud, por favor, llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

Sección 1.5	Debemos darle información acerca del plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte. (Como se explica anteriormente en la Sección 1.1, tiene derecho a que le enviemos información de una manera que le resulte útil. Esto incluye recibir la información en otros idiomas además del inglés, en texto con letras grandes o en otros formatos alternativos).

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, por favor llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual):

-
- **Información sobre nuestro plan.** Incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones realizadas por los miembros y los índices de rendimiento del plan, incluyendo cómo lo calificaron los miembros y su comparación con otros planes de salud de Medicare.
 - **Información sobre nuestra red de proveedores, incluyendo las farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a que le enviemos información sobre los títulos de los proveedores y farmacias de la red, y sobre cómo pagamos a nuestros proveedores de la red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias.
 - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual) o visitar nuestro sitio web en www.mapfremedicare.com.
 - **Información sobre su cobertura y las normas que debe cumplir al utilizarla.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este manual, explicamos los servicios médicos que están cubiertos, las restricciones a su cobertura y las normas que debe cumplir para obtener los servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener detalles sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D, vea los Capítulos 5 y 6 de este manual y la Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan. Estos capítulos, junto con la Lista de medicamentos cubiertos (formulario), le indican qué medicamentos están cubiertos y explican las normas que debe cumplir y las restricciones a su cobertura para determinados medicamentos.
 - Si tiene preguntas acerca de las normas o restricciones, favor de llamar al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).
 - **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto, o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el servicio médico o el medicamento por parte de una farmacia o proveedor fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o no está de acuerdo con nuestra decisión sobre qué servicio médico o medicamento de la Parte D está cubierto, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión mediante una apelación. Para detalles sobre qué hacer si un servicio/medicamento

no está cubierto de la manera en que usted piensa que debería estar cubierto, vea el Capítulo 9 de este manual. Le proporciona los detalles sobre cómo realizar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (el Capítulo 9 también indica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y otras dudas).

- Si desea solicitar a nuestro plan que pague la parte que le corresponde de una factura recibida por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte le Capítulo 7 de este manual.

Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre la atención
--------------------	--

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar de las decisiones sobre sus servicios médicos

Usted tiene derecho a que los médicos y otros proveedores de salud le proporcionen toda la información cuando recibe atención médica. Los proveedores deben explicarle su condición médica y las opciones de tratamiento *de una manera comprensible para usted*.

Además, tiene derecho a participar completamente en las decisiones relacionadas con su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, cuenta con los siguientes derechos:

- **Conocer todas las opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, independientemente del costo o si están cubiertas por nuestro plan. Además, incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen cualquier riesgo que implique su atención médica. Se le debe comunicar con anticipación si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la posibilidad de negarse a los tratamientos con fines experimentales.
- **Derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otra institución médica, aunque su médico le sugiera no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si se niega al tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, asume la responsabilidad total de las consecuencias que sufra su cuerpo.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención médica.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le negó la atención médica que usted considera que debe recibir. Para recibir dicha explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de este manual se indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer en caso de que usted no pueda tomar decisiones médicas

En ocasiones, las personas quedan imposibilitadas para tomar decisiones acerca de su propia atención médica, debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar qué desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito donde le otorgue **a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su lugar** si en algún momento queda imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de quedar imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.

Los documentos legales que puede utilizar para dar directivas anticipadas en estas situaciones se conocen como “**instrucciones por anticipado**”. Existen diversos tipos de instrucciones por anticipado y diferentes formas de llamarlas. Los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder legal para decisiones médicas**” son algunos ejemplos de instrucciones por anticipado.

Si desea utilizar una “instrucción por anticipado” para proporcionar sus decisiones, debe realizar lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea tener una instrucción por anticipado, puede solicitar el formulario a su abogado, a un trabajador social o en tiendas de suministros para oficinas. En ocasiones, puede obtener formularios para instrucciones por anticipado de organizaciones que proporcionan a las personas información sobre Medicare. También puede comunicarse con Departamento de Servicio al Cliente para pedir formularios (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que constituye un documento legal. Debería considerar recibir la ayuda de un abogado para completarlo.
- **Proporcionar copias a las personas adecuadas.** Deberá entregar una copia del formulario a su médico y a la persona designada en el formulario como la elegida para tomar decisiones por usted cuando usted no pueda. Si lo desea, puede entregar copias a amigos cercanos y a miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una instrucción por anticipado, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si lo admiten en un hospital, le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene con usted.
- Si no lo hizo, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar el formulario de instrucciones por anticipado (incluso en el caso de que desee firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención médica o discriminarlo por haber firmado o no un formulario de instrucciones por anticipado.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y cree que el médico o el hospital no han seguido las instrucciones, usted puede presentar una queja en el Departamento de Salud del Estado.

Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones tomadas
--------------------	--

Si tiene algún problema o duda sobre la atención médica o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este manual le indica qué pueda hacer. Allí se proporcionan detalles sobre cómo enfrentar todo tipo de problemas y quejas.

Como se explica en el Capítulo 9, lo que debe hacer para tratar un problema o una duda depende de la situación. Tal vez deba solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura para usted, presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Lo que sea que haga (solicitar una decisión de cobertura, realizar una apelación o presentar una queja), **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a recibir un resumen informativo sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros hayan presentado anteriormente contra nuestro plan. Para recibir esta información, por favor llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

Sección 1.8	¿Qué puede hacer si considera que lo tratan injustamente o que no se respetan sus derechos?
--------------------	--

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos a causa de su raza, incapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, religión (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si considera que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede recibir ayuda para enfrentar el problema que tiene:

- Puede **llamar al Departamento de Servicio al Cliente** (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, vea el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Departamento de Servicio al Cliente** (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ellos, vea el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede llamar a **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus derechos y protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10112.pdf>.)
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se describe lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). Estamos para ayudarlo.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** *Utilice este manual de Evidencia de Cubierta para saber qué servicios tiene cubiertos y conocer las normas que debe cumplir para obtenerlos.*
 - En los Capítulos 3 y 4 se proporcionan detalles sobre los servicios médicos, incluyendo cuáles están cubiertos, cuáles no, las normas a seguir y lo que paga.

- En los Capítulos 5 y 6 se proporcionan detalles sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** *Por favor, llame al Departamento de Servicio al Cliente para informarnos.*
 - Debemos respetar las normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted está utilizando toda su cobertura en combinación al obtener los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se conoce como “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios médicos y de medicamentos que recibe usted de nuestro plan con los demás beneficios médicos y de medicamentos que tenga disponibles. Lo ayudaremos a hacerlo. (Si desea más información acerca de la coordinación de beneficios, vea el Capítulo 1, Sección 7).
- **Informe a su médico y a los demás proveedores de salud que está inscrito en nuestro plan.** *Muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que recibe atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Colabore con sus médicos y otros proveedores que lo ayudan, dándoles información, haciendo preguntas y dando seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a sus médicos y demás proveedores a que le brinden la mejor atención, infórmese lo más posible sobre sus problemas de salud y proporcioneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos sin receta médica, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Se supone que los médicos y los demás proveedores de atención médica le explicarán de manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** *Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude para el funcionamiento ordenado del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.*
- **Pague lo que debe.** *Como miembro del plan, usted es responsable de los pagos siguientes:*
 - Para reunir los requisitos para nuestro plan, debe ser elegible para la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare. Por esa razón, algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros debe pagar una prima por la Parte B de Medicare para permanecer como miembro del plan.

- Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte del costo que a usted le corresponde cuando recibe el servicio o el medicamento. Será un copago (una cantidad fija) o un coaseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le informa lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
- Si recibe algún servicio médico o medicamento que no está cubierto por nuestro plan o por otro seguro que tenga, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Vea el Capítulo 9 de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- Si se le requiere el pago de una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para permanecer como miembro del plan.
- ***Infórmenos si se muda.*** *Si tiene planeado mudarse, es importante que nos lo comuniquen de inmediato. Llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).*
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, usted no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1 se describe nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se muda fuera del área de servicio. Si abandona el área de servicio, podemos informarle si contamos con un plan en el área nueva.
 - **Si se muda dentro del área de servicio,** de todas maneras necesitamos que nos lo comuniquen para poder mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo ponernos en contacto con usted.
- ***Llame al Departamento de Servicio al Cliente si tiene preguntas o dudas.*** *También agradecemos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.*
 - Los números de teléfono y el horario de atención de Departamento de Servicio al Cliente están en la parte de atrás de este manual.
 - Si desea más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluyendo nuestra dirección de correo, vea el Capítulo 2.

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

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1	Introducción	154
Sección 1.1	¿Qué hacer si tiene algún problema o duda?	154
Sección 1.2	¿Qué ocurre con los términos legales?.....	154
SECCIÓN 2	Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros.....	155
Sección 2.1	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	155
SECCIÓN 3	Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?.....	155
Sección 3.1	¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?.....	155
SECCIÓN 4	Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones.....	157
Sección 4.1	Solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones: panorama general	157
Sección 4.2	Cómo recibir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación	158
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona la información detallada para <u>su</u> situación?.....	159
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	159
Sección 5.1	En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de un servicio médico o si desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de su atención médica.....	159
Sección 5.2	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea).....	161

Sección 5.3	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)	164
Sección 5.4	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2	167
Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que paguemos la parte del costo que nos corresponde de una factura que usted recibió por atención médica?	169
SECCIÓN 6	Medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	170
Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento recetado de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D.....	171
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	173
Sección 6.3	Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones	175
Sección 6.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción	176
Sección 6.5	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura que tomó nuestro plan)	179
Sección 6.6	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2	181
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo	183
Sección 7.1	Durante la estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos.....	184
Sección 7.2	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital.....	185
Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital.....	188
Sección 7.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?.....	189

SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo	192
Sección 8.1	Esta sección trata <u>únicamente</u> sobre tres servicios: servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF).	192
Sección 8.2	Le informaremos con anticipación cuando termine su cobertura	193
Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado	194
Sección 8.4	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado	196
Sección 8.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?.....	197
SECCIÓN 9	Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores	200
Sección 9.1	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones por Servicios Médicos	200
Sección 9.2	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para las Apelaciones de los medicamentos de la Parte D.....	202
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio al cliente y otras cuestiones.....	204
Sección 10.1	¿Qué tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas?	204
Sección 10.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.	206
Sección 10.3	Paso a paso: presentación de una queja	207
Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad	208

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	¿Qué hacer si tiene algún problema o duda?
--------------------	---

En este capítulo se explican los dos tipos de procesos formales para manejar los problemas y las dudas:

- Para algunos tipos de problemas debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y presentar una apelación**.
- Para otros tipos de problemas debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos fueron aprobados por Medicare. Para garantizar el trato equitativo e inmediato de sus problemas, cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos respetar.

¿Cuál debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado a utilizar.

Sección 1.2	¿Qué ocurre con los términos legales?
--------------------	--

Existen términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se detallan en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de comprender.

Para simplificar, en este capítulo se explican los procedimientos y normas legales mediante palabras más sencillas en lugar de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se habla de “realizar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” y “Organización Revisora Independiente” en lugar de “Entidad Revisora Independiente”. Además, se utiliza la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en algunos casos, realmente importante) que conozca los términos legales correctos para su situación. Conocer qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión al atender su problema y obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarle a conocer qué términos debe utilizar, incluimos términos legales al proporcionar detalles sobre cómo manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones del gobierno que no tienen conexión con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

En ocasiones, puede resultar confuso comenzar o llevar a cabo el proceso indicado para resolver un problema. Esto es particularmente cierto si no se siente bien o si no tiene demasiada energía. En otros casos, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el siguiente paso.

Reciba ayuda de una organización del gobierno independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero en determinadas situaciones también puede pedir la ayuda o la orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre puede ponerse en contacto con el **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. Los asesores del programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratis. Los números de teléfono están en el Capítulo 2, Sección 3, de este manual.

También puede recibir ayuda e información en Medicare.

Para obtener más información y recibir ayuda para tratar un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. A continuación, le presentamos dos formas de obtener información directa de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).

SECCIÓN 3 Para tratar de resolver un problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?
--

Si tiene un problema o duda, simplemente debe leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente guía lo ayudará.

Para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o preocupación específicos, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema o preocupación es acerca de sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas acerca de la cobertura o no de atención médica o medicamentos recetados en particular, la forma en que están cubiertos, y problemas relacionados con el pago de atención médica o medicamentos recetados).

Sí.

Mi problema es acerca de beneficios o cobertura.

Consulte la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y solicitudes de apelación.”**

No.

Mi problema no es acerca de beneficios o cobertura.

Avance a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, el tiempo de espera, el servicio al cliente u otras cuestiones”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de lo básico sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones: panorama general

El proceso de decisiones de cobertura y solicitudes de apelaciones se encarga de los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos problemas relacionados con el pago. Éste es el proceso que se utiliza para asuntos tales como si se cubre un servicio/medicamento o no y cómo está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos o servicios médicos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que recibe atención médica por parte de su médico de la red si éste lo refiere a un especialista médico. También puede comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico en particular o si le niega atención médica que usted considera necesaria. En otras palabras, en caso de que desee saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué tiene cubierto y cuánto pagaremos. En algunos casos podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o Medicare ya no lo cubre en su caso. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está de acuerdo, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y el cambio de una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando solicita una apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si cumplimos correctamente todas las normas. Su apelación será evaluada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

Si rechazamos una parte o toda la Apelación de Nivel 1, puede presentar una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es realizada por una organización independiente que no tiene conexión con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. Si eso sucede, se lo informaremos.

En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2.) Si no está de acuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede avanzar varios niveles de apelación más.

Sección 4.2	Cómo recibir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

¿Desea ayuda? A continuación, presentamos algunos recursos que tal vez quiera utilizar si decide solicitar alguna decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al Departamento de Servicio al Cliente** (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).
- Para **recibir ayuda gratuita de una organización independiente** que no tenga conexión con nuestro plan, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor puede realizar una solicitud por usted.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 1, debe designar a su médico u otro proveedor como su representante.
- **Puede solicitar que otra persona actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a una persona que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.
 - Es posible que ya exista una persona autorizada legalmente para actuar como su representante según la Ley Estatal.
 - Si desea que un amigo, familiar, su médico, otro proveedor, o alguna otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicio al Cliente y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en www.mapfremedicare.com.) El formulario le proporciona a la persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desee que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado a través de la asociación de abogados u otro servicio de referido local. Además, hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si es elegible. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona la información detallada para <u>su</u> situación?
--------------------	---

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Dado que cada situación tiene sus propias normas y plazos, proporcionamos los detalles de cada una de ellas en diferentes secciones:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está terminando antes de tiempo” (*Se aplica sólo a los siguientes servicios: servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF)*).

Si no está seguro qué sección debe consultar, llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). También puede obtener información o ayuda de organizaciones del gobierno, como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (los números de teléfono de este programa están en el Capítulo 2, Sección 3, de este manual).

SECCIÓN 5 **Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**



¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Guía de “lo básico” sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)?

Si no lo hizo, es posible que desee leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 5.1	En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de un servicio médico o si desea que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde de su atención médica
--------------------	---

Esta sección trata sobre sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica”

o “atención médica” en el resto de la sección, en lugar de repetir “atención médica o tratamiento o servicios” cada vez que aparece.

Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en una de las cinco situaciones siguientes:

1. No recibe determinada atención médica que desea y considera que está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea proporcionarle y usted considera que dicha atención está cubierta por el plan.
3. Recibió los servicios o la atención médica que considera que debe cubrir el plan, pero hemos determinado que no pagaremos esa atención.
4. Recibió y pagó los servicios o la atención médica que considera que debe cubrir el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso de esa atención.
5. Se le notifica que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos con anterioridad, se reducirá o interrumpirá y considera que la reducción o interrupción podría perjudicar su salud.
 - **NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá corresponde a los servicios de internación, cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF),** debe leer una sección separada de este capítulo dado que para estos tipos de atención se aplican normas especiales. Aquí le indicamos qué debe leer en estas situaciones:
 - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos una estadía en el hospital más prolongada si considera que le solicitan que salga del hospital antes de tiempo.*
 - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está terminando antes de tiempo.* Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: servicios de cuidado de la salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada y en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF).
 - Para *todas las demás* situaciones donde se le comunique que se interrumpirá la atención médica que estuvo recibiendo, utilice esta sección (Sección 5) como guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?	
Si se encuentra en esta situación:	Puede hacer lo siguiente:
¿Desea averiguar si cubriremos la atención médica o servicios que usted desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la siguiente sección de este capítulo, Sección 5.2 .
¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la manera en que usted desea que sea cubierto o pagado?	Puede presentar una apelación. (Significa que nos pide que lo reconsideremos). Avance a la Sección 5.3 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de atención médica o servicios que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Avance a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2

Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)

Términos legales	Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se conoce como “ determinación de organización ”.
-------------------------	---

Paso 1: Usted pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que solicita. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitarnos una “**decisión rápida**”.

Términos legales	A la “decisión rápida” se le conoce como “ determinación 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 le proporcionemos la cobertura de la atención médica que desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vea el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica*.

En general, utilizamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión.

Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar”, a menos que hayamos aceptado emplear los plazos “rápidos”. **Una decisión estándar significa que le daremos una respuesta en los siguientes 14 días** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días calendario más** si solicita más tiempo o si necesitamos más información (como registros médicos) que pudiera beneficiarlo. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
- Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (El proceso para la presentación de una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión rápida”.

- **Una decisión rápida significa que responderemos dentro de las siguientes 72 horas.**
 - **Sin embargo, podemos tomar hasta 14 días calendario más** si notamos que falta información que podría beneficiarlo o si necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos extendernos, le informaremos por escrito.
 - Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Para recibir una decisión rápida debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión rápida *sólo* si solicita la cobertura de atención médica *que no aún no recibió*. (No puede obtener una decisión rápida si su solicitud está relacionada con el pago de atención médica que ya recibió).
 - Puede obtener una decisión rápida *sólo* si el uso de plazos estándar podría *ocasionar daños graves en su salud o perjudicar su capacidad física*.
- **Si el médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarla.**

- Si solicita una decisión rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le proporcionemos una decisión rápida.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta informándole (y, en su lugar, emplearemos los plazos estándar).
 - Dicha carta le informará que si su médico solicita una decisión rápida, automáticamente la proporcionaremos.
 - Además, le informará de qué manera puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le comunicamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Por lo general, para una decisión rápida, le comunicaremos nuestra respuesta **dentro de las siguientes 72 horas**.
 - Como se explicó antes, podemos tomar hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
 - Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le comunicamos nuestra respuesta en las siguientes 72 horas (o si existe un período de extensión, al finalizar ese período), tiene derecho a apelar. En la Sección 5.3 a continuación se le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica acordada en las siguientes 72 horas después de recibir su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para tomar una decisión, proporcionaremos la cobertura al finalizar el período de extensión.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

- Por lo general, para una decisión estándar, le comunicaremos nuestra respuesta **en los siguientes 14 días después de recibir su solicitud**.

- Podemos tomar hasta 14 días calendario más (“período de extensión”) en determinadas circunstancias. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
- Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le comunicamos nuestra respuesta en los siguientes 14 días (o si existe un período de extensión, al finalizar ese período), tiene derecho a apelar. En la Sección 5.3 a continuación se le indica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada en los siguientes 14 días después de recibir su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para tomar una decisión, proporcionaremos la cobertura al finalizar el período de extensión.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si presenta una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos (y, tal vez, cambiemos) esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3	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 de atención médica se le conoce como “reconsideración” del plan.
-------------------------	--

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud exige una respuesta inmediata, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, vea el Capítulo 2,

Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica*.

- **Si solicita una apelación estándar, hágala por escrito enviando una solicitud firmada.** También puede solicitar una apelación llamando a nuestro número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica*).
 - Si otra persona que no sea su médico presenta una apelación a nuestra decisión por usted, su apelación debe incluir el formulario “Nombramiento de un representante” que autorice a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame al Departamento de Servicio al Cliente y solicite el formulario “Nombramiento de un representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en www.mapfremedicare.com.) Aunque podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario en los siguientes 44 días después de recibir su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se enviará a la Organización Revisora Independiente para su anulación.
- **Si solicita una apelación rápida, hágala por escrito o llámenos** al número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación relacionada con su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en las siguientes 60 días calendario** desde de la fecha en que enviamos el aviso escrito para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y tiene un buen motivo para que se haya vencido, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buenos motivos para el vencimiento del plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional que respalde su apelación.

Si su estado salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede realizar una solicitud por teléfono).

Términos Legales	A una “apelación rápida” también se le conoce como “reconsideración acelerada”.
-------------------------	---

- Si está apelando una decisión que tomamos acerca de la cobertura de atención que aún no recibió, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que los necesarios para obtener una “decisión rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión rápida. (Dichas instrucciones se detallaron antes en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, aceptaremos proporcionarla.

Paso 2: Consideramos su apelación y le proporcionamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- En caso de que sea necesario, recopilaremos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más**. Si decidimos extendernos más días para tomar la decisión, le informaremos por escrito.
 - Si no le comunicamos una respuesta en las siguientes 72 horas (o al finalizar el período de extensión, en caso de extendernos), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización independiente la revisará. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos un aviso de rechazo por escrito, informándole que enviamos automáticamente su apelación a la Organización Revisora Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos plazos estándar, debemos darle una respuesta **en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su apelación, si ésta se trata de cobertura de servicios

que aún no recibió. Le informaremos nuestra decisión antes si su enfermedad así lo requiere.

- No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más.**
- Si considera que *no* deberíamos extendernos, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de extendernos más días. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en las siguientes 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para la presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le comunicamos una respuesta antes del plazo antes mencionado (o al finalizar el período de extensión, en caso de extendernos), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una organización externa independiente la revisará. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en los siguientes 30 días después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos un aviso de rechazo por escrito, informándole que enviamos automáticamente su apelación a la Organización Revisora Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza su apelación o parte de ella, el caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al rechazar su apelación, **debemos enviar su apelación a la “Organización Revisora Independiente”.** Al hacerlo, su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización Revisora Independiente** revisa la decisión que tomamos de rechazar su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es “ Entidad Revisora Independiente ”. A veces también se le conoce como “ IRE ” (por su sigla en inglés).
-------------------------	---

Paso 1: La Organización Revisora Independiente revisa su apelación.

- **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la Organización Revisora Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos la información de su apelación a esta organización. Esta información se conoce como “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
- Tiene derecho a proporcionar a la Organización Revisora Independiente información adicional que respalde su apelación.
- Los revisores de la Organización Revisora Independiente repasarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación.

*Si se le proporcionó una apelación “rápida” en el Nivel 1, también se le proporcionará una **apelación “rápida”** en el Nivel 2*

- Si nuestro plan le proporcionó una apelación rápida en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación rápida en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en las siguientes 72 horas** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si la Organización Revisora Independiente debe recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede extenderse hasta 14 días calendario más.**

*Si se le proporcionó una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le proporcionará una **apelación “estándar”** en el Nivel 2*

- Si nuestro plan le proporcionó una apelación estándar en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si la Organización Revisora Independiente debe recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más.**

Paso 2: La Organización Revisora Independiente le informa su respuesta.

La Organización Revisora Independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización revisora acepta su solicitud, ya sea de forma parcial o total,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en las siguientes 72 horas o proporcionar el servicio en los siguientes 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización revisora.

- **Si esta organización rechaza su apelación, ya sea de forma parcial o total,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe autorizarse. (Esto se conoce como “mantener la decisión”. También se lo conoce como “rechazo de su apelación”).
 - El aviso escrito que recibe de la Organización Revisora Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en discusión para continuar con el proceso de apelaciones. Por ejemplo, para continuar y realizar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de la atención médica que solicita debe cumplir con una cantidad mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura solicitada es demasiado bajo, no puede realizar otra apelación, lo cual significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo aparece en el aviso por escrito que recibió después de la Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es evaluada por un juez de derecho administrativo. En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que paguemos la parte del costo que nos corresponde de una factura que usted recibió por atención médica?
--------------------	--

Si desea solicitarnos el pago de atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7 se describen las situaciones en que usted puede solicitar el reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También se indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

La solicitud de reembolso es una solicitud de decisión de cobertura de nuestra parte

Si envía la documentación para solicitarnos el reembolso, está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, evaluaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (vea el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*). También evaluaremos si usted siguió todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (dichas normas se proporcionan en el Capítulo 3 de este manual: *Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de la parte del costo que nos corresponde por su atención médica en los siguientes 60 días calendario después de recibir su solicitud. O, si no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago implica aceptar su solicitud de decisión de cobertura.
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos los servicios y nuestros motivos de esa decisión. (El rechazo de la solicitud de pago implica el rechazo de su solicitud de decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita el pago y nosotros le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Presentar una apelación significa pedirnos que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para realizar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la parte 5.3 de esta sección. Consulte esta parte para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta:

- Si realiza una apelación para un reembolso, debemos darle una respuesta en los siguientes 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si solicita el reembolso del pago por la atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida.)
- Si la Organización Revisora Independiente cambia la decisión de negar el pago, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor en los siguientes 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones posterior al Nivel 2, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor en los siguientes 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Guía de “lo básico” sobre las decisiones de cobertura y apelaciones*)?

Si no lo hizo, es posible que desee leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 **Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento recetado de la Parte D o si desea que le reembolsemos el pago de un medicamento de la Parte D**

Entre sus beneficios como miembro del plan se incluye la cobertura de muchos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Medicare llama a estos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios “medicamentos de la Parte D”. Puede obtener estos medicamentos siempre que estén incluidos en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* de nuestro plan y el uso del medicamento sea una indicación aceptada por razones médicas. (Una “indicación aceptada por razones médicas” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o respaldado por determinados libros de referencia. Vea el Capítulo 5, Sección 4 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas).

- **Esta sección sólo trata sobre los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente utilizamos el término “medicamento” en el resto de la sección, en lugar de repetir “medicamento cubierto recetado para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez que aparece.
- Para obtener más información sobre el significado de medicamentos de la Parte D, la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, las normas y restricciones en la cobertura y la información sobre los costos, vea el Capítulo 5 (*Utilización de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Como se analizó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales Una decisión inicial de cobertura acerca de sus medicamentos de la Parte D se conoce como “**determinación de cobertura**”.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos con relación a sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que realicemos una excepción, incluyendo:
 - La solicitud de cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*.
 - La solicitud de anulación de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir).
 - La solicitud de pago de una cantidad menor de costo compartido por un medicamento cubierto no preferido.

- Nos consulta si tiene cubierto un medicamento y si cumple con todas las normas de cobertura correspondientes. (Por ejemplo, cuando el medicamento figura en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* pero requerimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).
 - *Por favor, tenga en cuenta:* Si la farmacia le informa que no se puede presentar su receta tal como está escrita, usted recibirá un aviso por escrito que le explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura sobre un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla que le ayuda a determinar qué parte contiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
<p>¿Necesita un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?</p> <p>Nos puede solicitar que realicemos una excepción. (Es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Comience con la Sección 6.2 de este capítulo.</p>	<p>¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra lista de medicamentos y considera que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como obtener aprobación por anticipado) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Avance a la Sección 6.4 de este capítulo.</p>	<p>¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya recibió y pagó?</p> <p>Puede solicitarnos un reembolso. (Es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Avance a la Sección 6.4 de este capítulo.</p>	<p>¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma en que usted lo desea?</p> <p>Puede presentar una apelación. (Significa que nos pide que lo reconsideremos).</p> <p>Avance a la Sección 6.5 de este capítulo.</p>

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no se cubre de la forma en que usted desearía que fuera cubierto, puede solicitarnos que realicemos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De la misma forma que en otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de realizar una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que recete deberán explicar los motivos médicos por los cuales se necesita la aprobación de la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. A continuación, presentamos tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional pueden solicitarnos:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario). (Para abreviar le llamamos “lista de medicamentos”).

Términos legales	La solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en la lista de medicamentos en ocasiones se conoce como solicitud de “excepción al formulario” .
-------------------------	---

- Si aceptamos realizar una excepción y cubrimos un medicamento no incluido en la lista de medicamentos, deberá pagar la cantidad de costo compartido correspondiente a los medicamentos en *nivel 3* para los medicamentos de marca o *nivel 3* para los medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción a la cantidad de copago o coaseguro que le requerimos que pague por el medicamento.
- No puede solicitar la cobertura de ningún “medicamento excluido” u otro medicamento que no esté incluido en la Parte D que Medicare no cubre. (Para obtener más información acerca de los medicamentos excluidos, vea el Capítulo 5).

2. Anulación de una restricción en nuestra cobertura de un medicamento cubierto. Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* (si desea más información, vea el Capítulo 5 y busque la Sección 5).

Términos Legales	La solicitud de anulación de una restricción de cobertura de un medicamento en ocasiones se conoce como solicitud de “excepción al formulario” .
-------------------------	---

- Las normas y restricciones adicionales de cobertura de determinados medicamentos incluyen:
 - *El requisito de utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *La obtención de la aprobación por anticipado del plan* antes de que aceptemos cubrirle su medicamento. (Esto a veces se conoce como “autorización previa”).
 - *El requisito de probar primero un medicamento diferente* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. (Esto a veces se conoce como “terapia en etapas”).
 - *Límites de cantidad.* En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad de medicamento que puede recibir.
- Si aceptamos realizar una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción en la cantidad de copago o coaseguro que debe pagar por el medicamento.

3. Cambio de cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido menor. Cada medicamento de nuestra lista de medicamentos está en uno de los 4 niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo es el número del nivel del costo compartido, menos deberá pagar como la parte del costo que le corresponde del medicamento.

Términos legales	La solicitud de pago de un precio preferido menor por un medicamento cubierto no preferido en ocasiones se conoce como solicitud de una " excepción de nivel ".
-------------------------	--

- Si su medicamento se encuentra en Medicamentos de Marca no Preferido usted puede solicitarnos que lo cubramos a la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos en Medicamento de Marca Preferida. Esto reduciría la parte del costo que le corresponde por el medicamento.
- Usted no puede solicitarnos el cambio del nivel de costo compartido de ningún medicamento en nivel 4, Medicamento Especializados.

Sección 6.3	Información importante que debe conocer acerca de la solicitud de excepciones
--------------------	--

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que recete deben darnos una justificación que explique los motivos médicos por los cuales solicita una excepción. Para que la decisión sea más rápida, incluya esta información médica del médico o de otro profesional que recete al solicitar una excepción.

En general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se conocen como medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo resultara tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos la solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente tiene validez hasta el final del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando el médico continúe recetándole el medicamento y el medicamento continúe resultando seguro y eficaz en el tratamiento de su enfermedad.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección 6.5 se indica cómo presentar una apelación en caso de que rechazemos su solicitud.

En la siguiente sección se indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

Sección 6.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción
--------------------	--

Paso 1: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura en relación con los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “decisión rápida”. No puede solicitar una decisión rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribírnos o enviarnos un fax para realizar la solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Si desea detalles, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura acerca de los medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos solicita el reembolso del pago de un medicamento, consulte la sección llamada *Dónde enviar la solicitud de pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención médica o un medicamento recibido*.
- **Usted o su médico, o alguien que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 4 de este capítulo se indica cómo otorgar un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante. También puede tener un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos el reembolso del pago de un medicamento,** comience por el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde de una factura recibida por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede ser necesario solicitar un reembolso. Además indica cómo enviarnos la documentación donde se nos solicite el reembolso de la parte del costo que nos corresponde de un medicamento que usted haya pagado.
- **Si solicita una excepción, presente la “justificación del médico”.** Su médico u otro profesional que receta debe proporcionar los motivos médicos de la excepción de medicamentos que está solicitando. (Esto se conoce como “justificación del médico”). Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos por fax o correo la justificación. O bien, el médico o profesional que receta puede informarnos vía telefónica y, si fuera necesario, posteriormente enviar por fax o correo la justificación firmada. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión rápida”.

Términos legales	A la “decisión rápida” se le conoce como “determinación de cobertura acelerada”.
-------------------------	--

- Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar”, a menos que hayamos aceptado emplear los plazos “rápidos”. Una decisión estándar implica que la respuesta será informada en las siguientes 72 horas después de

haber recibido la justificación del médico. Una decisión rápida significa que responderemos en las siguientes 24 horas.

- **Para recibir una decisión rápida debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede recibir una decisión rápida *sólo* si solicita *un medicamento que aún no recibió*. (No puede recibir una decisión rápida si nos está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión rápida *sólo* si el uso de plazos estándar podría *ocasionar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad física*.
- **Si el médico u otro profesional que recete nos informa que su salud requiere una “decisión rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida.**
- Si solicita una decisión rápida por su cuenta (sin el respaldo del médico u otro profesional que receta), decidiremos si su salud requiere una decisión rápida de nuestra parte.
 - Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida, le enviaremos una carta informándole (y, en su lugar, emplearemos los plazos estándar).
 - Esta carta le informará que si el médico o el profesional que receta solicita la decisión rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Además, le informará cómo presentar una queja acerca de nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida solicitada. Le informará cómo presentar una queja “rápida”, que significa que recibirá nuestra respuesta a su reclamación en las siguientes 24 horas. (El proceso para la presentación de una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le proporcionamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Si utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 24 horas**.
 - En general, esto significa en las siguientes 24 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le proporcionaremos nuestra respuesta en las siguientes 24 horas después de recibir la justificación del médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel de Apelación 2.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** debemos proporcionar la cobertura acordada en las siguientes 24 horas después de recibir su solicitud o la justificación del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" acerca de un medicamento que aún no recibió

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas.**
 - En general, esto significa en las siguientes 72 horas después de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en las siguientes 72 horas después de recibir la justificación del médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel de Apelación 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura acordada en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud o la justificación del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" acerca de un pago por un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en los siguientes 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel de Apelación 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total,** también debemos efectuar el pago en los siguientes 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una justificación por escrito donde se explique por qué nos negamos.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar una apelación. La solicitud de una apelación significa solicitarnos que reconsideremos, y posiblemente cambiemos, nuestra decisión ya tomada.

Sección 6.5	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura que tomó nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales	Una apelación al plan en relación con la cobertura de un medicamento de la Parte D también se conoce como “redeterminación” del plan.
-------------------------	---

Paso 1: Comuníquese con nosotros y realice su Apelación de Nivel 1. Si su estado de salud exige una respuesta inmediata, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, médico u otro profesional que recete) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo por cualquier motivo relacionado con su apelación, vea el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, envíe la solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamando a nuestro número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, hágala por escrito o llámenos al número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación acerca de los medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Debe realizar su solicitud de apelación en los siguientes 60 días calendario** desde de la fecha en que enviamos el aviso escrito para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si se le vence este plazo, y tiene un buen motivo para que éste se haya vencido, podemos darle más tiempo para realizar su apelación. Ejemplos de buenos motivos para el vencimiento del plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta acerca del plazo para la solicitud de la apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.**

- Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
- Si lo desea, usted y su médico o profesional que receta pueden darnos información adicional que respalde su apelación.

Si su estado de salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”.

Términos Legales	A una “apelación rápida” también se le conoce como “redeterminación acelerada”.
-------------------------	---

- Si está apelando una decisión que tomó nuestro plan en relación con un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para una “apelación rápida” son los mismos que para una “decisión rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Nuestro plan considera su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, repasamos minuciosamente una vez más toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

*Plazos para una **apelación “rápida”***

- Si utilizamos plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no damos una respuesta en las siguientes 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización Revisora Independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total**, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en las siguientes 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total**, le enviaremos una declaración por escrito donde se explicará el motivo del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

*Plazos para una **apelación “estándar”***

- Si utilizamos plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si no ha recibido el medicamento y su salud requiere que se lo proporcionemos. Si considera que su salud así lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.

- Si no proporcionamos una decisión en los siguientes 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización Revisora Independiente. Más adelante en esta sección le informaremos sobre esta organización revisora y le explicaremos qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es positiva, ya sea de forma parcial o total:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** acordada con la rapidez que su salud requiera, **antes de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si aprobamos su solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en los siguientes 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea de forma parcial o total,** le enviaremos una declaración por escrito donde se explicará el motivo del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa mediante la presentación de otra apelación.
 - Si decide realizar otra apelación, esto significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación (ver a continuación).

Sección 6.6	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2
--------------------	---

Si rechazamos su apelación, usted elige si acepta esta decisión o continúa mediante la presentación de otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización Revisora Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es “ Entidad Revisora Independiente ”. A veces también se le conoce como “ IRE ” (por su sigla en inglés).
-------------------------	---

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, debe comunicarse con la Organización Revisora Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** en la Organización Revisora Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede realizar esta Apelación de Nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo ponerse en contacto con la organización revisora.

- Al presentar una apelación con la Organización Revisora Independiente, enviaremos la información que poseamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se conoce como “legajo”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su legajo.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
- Tiene derecho a proporcionar a la Organización Revisora Independiente información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: La Organización Revisora Independiente realiza una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene conexión con nosotros y no es una agencia del gobierno. Es una empresa seleccionada por Medicare para revisar nuestras decisiones relacionadas con sus beneficios de la Parte D con nosotros.
- Los revisores de la Organización Revisora Independiente repasarán minuciosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

*Plazos para una **apelación “rápida”** en el Nivel 2*

- Si su estado de salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Organización Revisora Independiente.
- Si la organización revisora acepta otorgarle una “apelación rápida” la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en las siguientes 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización Revisora Independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total,** debemos proporcionarle la cobertura del medicamento aprobada por la organización revisora **en las siguientes 24 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.

*Plazos para una **apelación “estándar”** en el Nivel 2*

- Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en los siguientes 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si la Organización Revisora Independiente acepta su solicitud, en forma parcial o total:**
 - Si la Organización Revisora Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización revisora **en las siguientes 72 horas** después de recibir la decisión de la organización revisora.
 - Si la Organización Revisora Independiente aprueba una solicitud de reembolso del pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en los**

siguientes 30 días calendario después de recibir la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se conoce como “mantener la decisión”. También se lo conoce como “rechazo de su apelación”).

Para continuar y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura solicitada es demasiado baja, no puede realizar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso que recibe de la Organización Revisora Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en discusión para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura solicitada cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación. Si decide realizar una tercera apelación, los detalles sobre cómo solicitarla se encuentran en el aviso escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es evaluada por un juez de derecho administrativo. En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo

Cuando lo admiten en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que necesite para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención en el hospital, incluidas las limitaciones de la cobertura, vea el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Durante la estadía en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán junto a usted para prepararse para el día que le dan de alta del hospital. Además, le ayudarán a organizar la atención que pudiera necesitar después de salir del hospital.

- El día que sale del hospital se conoce como “**fecha de alta**”. La cobertura de nuestro plan de su estadía en el hospital finaliza en esta fecha.

- Cuando se haya decidido su fecha de alta, el médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si considera que le están dando de alta antes de tiempo, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada y se considerará su solicitud. En esta sección se le informa cómo solicitarla.

Sección 7.1	Durante la estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos
--------------------	---

Durante la estadía en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso al ser admitidas en un hospital. Alguna persona en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero) le dará el aviso en los siguientes dos días después de ser admitido. Si no recibe el aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicio al Cliente. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea este aviso atentamente y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, por ejemplo:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de la estadía en el hospital, según lo indique el médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
- Su derecho a participar en las decisiones relacionadas con su internación y a conocer quién la pagará.
- Dónde reportar sus preocupaciones sobre la calidad de atención en el hospital.
- Su derecho a apelar la decisión de darle de alta si considera que le están dando de alta del hospital antes de tiempo.

Términos legales	El aviso escrito de Medicare le informa cómo puede “ solicitar una revisión inmediata ”. La solicitud de una revisión inmediata constituye una manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha de alta de modo que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le informa cómo puede solicitar una revisión inmediata.)
-------------------------	---

2. Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende cuáles son sus derechos.

- Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 4 de este capítulo se indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).

- La firma del aviso demuestra *sólo* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no incluye la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán la fecha de alta). La firma del aviso **no implica** que acepta una fecha de alta.
3. **Conserve su copia** del aviso firmado para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o expresar una inquietud acerca de la calidad de la atención) a mano en caso de necesitarla.
- Si firma el aviso más de 2 días antes del alta del hospital, se le entregará otra copia antes de que se programe el alta.
 - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea en http://www.cms.gov/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp.

Sección 7.2	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si desea solicitarnos que los servicios hospitalarios sean cubiertos durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelación se explica a continuación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos correspondientes a lo que deba hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha de alta programada es adecuada para usted por razones médicas.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de Calidad en su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar con rapidez.

Términos legales	A la “revisión rápida” también se le conoce como “revisión inmediata”.
-------------------------	--

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*) le informa cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual).

Debe actuar con rapidez:

- Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad antes de salir del hospital y **antes de la fecha de alta programada**. (La “fecha de alta programada” es la fecha en que se determinó que debe salir el hospital).
 - Si cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin tener que pagar*, mientras espera la decisión sobre su apelación de la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, *es posible que deba pagar todos los costos* de atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad por su apelación, puede realizar dicha apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de realizar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que pide a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de utilizar los plazos estándar.

Términos legales	Una “ revisión rápida ” también se conoce como “ revisión inmediata ” o “ revisión acelerada ”.
-------------------------	--

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales del cuidado de la salud de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los llamaremos “revisores” para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros le hayamos proporcionado.
- Para el mediodía del día después de que los revisores hayan informado a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito donde se le proporcionará su fecha de alta programada y se explicarán los motivos por los cuales el médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (adecuado por razones médicas) que sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación por escrito se conoce como “**Aviso detallado de alta**”. Para obtener una muestra de este aviso, llame al Departamento de Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.) También puede obtener una muestra del aviso en línea en <http://www.cms.hhs.gov/BNI/>

Paso 3: Durante el día posterior a obtener toda la información necesaria, la Organización para el Mantenimiento de Calidad le comunicará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si la organización revisora proporciona una respuesta *acepta* su apelación, **debemos continuar proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que resulten necesarios por razones médicas.**
- Usted deberá continuar pagando la parte de los costos que le corresponden (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que existan limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Vea el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización revisora *rechaza* su apelación, significa que la fecha de alta programada es adecuada por razones médicas. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de los servicios hospitalarios finalizará** la tarde del día *posterior* a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad responda a su apelación.

- Si la organización revisora rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención recibida en el hospital después de la tarde del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea realizar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, puede realizar otra apelación. Realizar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta programada, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante la Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise nuevamente la decisión tomada en su primera apelación. Si rechazamos su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta programada.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Vuelve a comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión sólo si permaneció en el hospital después de la fecha de terminación de la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los siguientes 14 días calendario, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión con relación a su apelación y se la informarán.

Si la organización revisora proporciona una respuesta positiva:

- **Debemos reembolsarle** la parte del costo que nos corresponde por la atención hospitalaria recibida a partir de la tarde del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó la primera apelación.

Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria durante el tiempo que sea necesaria por razones médicas.

- Debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde y se pueden aplicar limitaciones en la cobertura.

Si la organización revisora proporciona una respuesta negativa:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se conoce como “mantener la decisión”.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Éste le proporcionará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización revisora rechaza su Apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y realizar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
- En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?
--------------------	--

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explica en la Sección 7.2, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación del alta del hospital. (“Con rapidez” significa antes de salir el hospital y de la fecha de alta programada). Si vence el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma apelar la decisión.

Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales	Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como “ apelación acelerada ”.
-------------------------	---

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Si desea detalles sobre cómo comunicarse con nuestro plan, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación relacionada con su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le proporcionemos una respuesta en los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la fecha de alta programada, para comprobar si el alta era necesaria por razones médicas.

- Durante esta revisión, repasamos toda la información relacionada con su estadía en el hospital. Comprobamos que la fecha de alta programada haya sido adecuada por razones médicas. Verificaremos que la decisión sobre cuándo debía salir el hospital haya sido justa y se hayan cumplido todas las normas.
- En esta situación, utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le proporcionamos nuestra decisión en las siguientes 72 horas después de la solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su solicitud de una apelación rápida,** significa que hemos acordado con usted que todavía necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta, y continuaremos cubriendo sus servicios durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Además, significa que aceptamos reembolsarle la parte del costo que nos corresponde por la atención recibida a partir de la fecha en la que determinamos que debía finalizar la cobertura. (Usted debe pagar la parte del costo que le corresponde y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si le damos una respuesta negativa a su apelación rápida,** significa que la fecha de alta programada era adecuada por razones médicas. Nuestra cobertura de servicios hospitalarios termina a partir del día en que determinamos que finalizaba la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta programada, **es posible que deba pagar el costo total** de atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la “Organización Revisora Independiente”.** Esto significa que *automáticamente* pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: cómo presentar una apelación *Alternativa de Nivel 2*

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización Revisora Independiente** revisa la decisión que tomamos de rechazar su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es “ Entidad Revisora Independiente ”. A veces también se le conoce como “ IRE ” (por su sigla en inglés).
-------------------------	--

Paso 1: Automáticamente reenviaremos su caso a la Organización Revisora Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización Revisora Independiente en las siguientes 24 horas a partir de que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con éste u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelación. En la Sección 10 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización Revisora Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en las siguientes 72 horas.

- **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene conexión con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de ser la Organización Revisora Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización Revisora Independiente volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación de alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el pago) de la parte del costo que nos corresponde por la atención hospitalaria recibida a partir de la fecha de alta programada. Además, debemos continuar la cobertura del plan de los servicios hospitalarios durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Usted debe continuar pagando la parte de los costos que le corresponde. Si existen limitaciones de la cobertura, éstas podrían limitar la cantidad que debemos reembolsarle o el tiempo durante el cual debemos continuar la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha de alta del hospital programada era adecuada por razones médicas.
 - El aviso que reciba de la Organización Revisora Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Éste

le proporcionará detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, de la cual se encarga un juez.

Paso 3: Si la Organización Revisora Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando antes de tiempo

Sección 8.1	Esta sección trata <u>únicamente</u> sobre tres servicios: servicios de cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF).
--------------------	---

Esta sección trata *únicamente* sobre los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de cuidado de la salud en el hogar** que esté recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos para ser considerado como “centro de enfermería especializada”, vea el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una operación mayor. (Si desea más información sobre este tipo de centros, vea el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando recibe alguno de estos tipos de atención, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que se necesite esa atención para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Si desea más información sobre sus servicios cubiertos, incluido la parte del costo que le corresponde y cualquier limitación de cobertura que pudiera aplicarse, vea el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidimos que es momento de interrumpir la cobertura de cualquiera de los tres tipos de atención, debemos informárselo con anticipación. Cuando termina la cobertura de la atención, *interrumpiremos el pago de la parte del costo que nos corresponde por la atención.*

Si considera que finalizamos la cobertura de su atención antes de tiempo, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección se le informa cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2	Le informaremos con anticipación cuando termine su cobertura
--------------------	---

1. Usted recibe un aviso por escrito. Al menos dos días antes de que nuestro plan interrumpa la cobertura de su atención, la agencia o centro que proporcione la atención le enviará un aviso.

- El aviso por escrito le informa la fecha en la que interrumpiremos la cobertura de su atención.
- El aviso por escrito también le indica qué puede hacer si desea solicitar a nuestro plan un cambio de decisión acerca del momento de finalización de la atención, y a mantener la cobertura durante un período más prolongado.

Términos legales	Al indicarle qué puede hacer, el aviso escrito le está indicando cómo puede solicitar una “apelación por vía rápida” . La solicitud de una apelación por vía rápida constituye una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura en cuanto al momento de interrumpir su atención. (En la Sección 7.3 a continuación se indica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida).
-------------------------	--

Términos legales	El aviso escrito se conoce como “Aviso de no cobertura de Medicare” . Para obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicio al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD pueden comunicarse al 1-877-486-2048). También puede ver una copia en línea en http://www.cms.hhs.gov/BNI/
-------------------------	---

2. Debe firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió.

- Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 4 se indica cómo otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- La firma del aviso demuestra *sólo* que recibió la información sobre el momento en que se interrumpirá su cobertura. **Firmarlo no implica que está de acuerdo** con el plan en que es momento de interrumpir el servicio de atención.

Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado
--------------------	---

Si desea que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelación se explica a continuación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y respetar los plazos que se aplican a lo que debe hacer. Además, existen plazos que nuestro plan debe respetar. (Si considera que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame al Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación y decide si se debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de Calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Ellos controlan la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan en cuanto al momento en que se interrumpirá la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4, de este manual).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización que realice una revisión independiente de si es adecuado por razones médicas que interrumpamos la cobertura de sus servicios médicos.

Plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad para comenzar su apelación *antes de la tarde del día en que recibe el aviso escrito que le informa que se interrumpirá la cobertura de su atención.*
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad por su apelación, en su lugar puede realizar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de realizar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales del cuidado de la salud de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los llamaremos “revisores” para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización revisora también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les haya proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito en el que le informamos nuestros motivos para la terminación de la cobertura de sus servicios.

Términos legales Esta explicación por escrito se conoce como “Explicación detallada de no cobertura”.
--

Paso 3: Durante el día posterior a la recepción de toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos continuar proporcionándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea necesarios por razones médicas.**
- Usted deberá continuar pagando la parte de los costos que le corresponden (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, puede haber limitaciones en los servicios cubiertos (vea el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores rechazan su apelación, **la cobertura terminará el día en que se lo hayamos informado.** Finalizaremos el pago de la parte de los costos que nos corresponde de esta atención.
- Si decide continuar recibiendo servicios de cuidado de la salud en el hogar, o atención en un centro de enfermería especializada, o en un Centro Ambulatorio de

Rehabilitación Completa (CORF) después de la fecha de finalización de su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esa atención.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que realiza es el “Nivel 1” del proceso de apelación. Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de la interrupción de la cobertura de atención, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelación.

Sección 8.4	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado
--------------------	---

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted elige continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante la Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise nuevamente la decisión tomada en su primera apelación. Si rechazamos su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, o atención en un centro de enfermería especializada, o en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Vuelve a comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en los siguientes 60 días** después de que la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión sólo si continuó recibiendo atención después de la fecha de finalización de su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los siguientes 14 días, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión en relación con su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización revisora acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte del costo que nos corresponde de la atención que haya recibido desde la fecha en que determinamos que finalizaría la cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de su atención durante el tiempo que sea necesaria por razones médicas.
- Usted debe continuar pagando la parte del costo que le corresponde y es posible que se apliquen ciertas limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización revisora la rechaza?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos en cuanto a la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Éste le proporcionará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del cual se encarga un juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan la Apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta esa decisión o pasa al Nivel 3 y realiza otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
- En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para realizar la Apelación de Nivel 1?
--------------------	--

En su lugar, puede apelar ante nosotros

Como se explicó en la Sección 8.3, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y comenzar su primera apelación (en uno o dos días, como máximo). Si vence el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de apelar la decisión. Si utiliza esta otra forma de apelar, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentar una apelación ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

A continuación, se detallan los pasos para una Apelación Alternativa de Nivel 1:

Términos legales	Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como “ apelación acelerada ”.
-------------------------	---

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Si desea detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, vea el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación relacionada con su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le proporcionemos una respuesta en los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, repasamos nuevamente toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas al determinar la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.
- Utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta sobre esta revisión. (Generalmente, si realiza una apelación a nuestro plan y solicita una “revisión rápida”, podemos decidir si aceptamos su solicitud para proporcionarle “revisión rápida”. Pero en esta situación, las normas nos exigen darle una respuesta rápida si lo solicita).

Paso 3: Le proporcionamos nuestra decisión en las siguientes 72 horas después de la solicitud de una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos la apelación rápida,** significa que coincidimos con usted en que necesita los servicios durante más tiempo, y continuaremos proporcionándole la cobertura de sus servicios mientras sea necesario por razones médicas. Además significa que hemos aceptado reembolsarle la parte del costo que nos corresponde por la atención recibida a partir de la fecha en la que determinamos que debía terminar la cobertura. (Usted debe pagar la parte del costo que le corresponde y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos la apelación rápida,** su cobertura terminará en la fecha que le hemos informado y no pagaremos después de esa fecha. Finalizaremos el pago de la parte de los costos que nos corresponde de esta atención.

- Si continuó recibiendo los servicios de cuidado de la salud en el hogar, o atención en un centro de enfermería especializada, o en un Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, usted **deberá pagar el costo total** por esa atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso *automáticamente* pasará al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al rechazar su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la “Organización Revisora Independiente”**. Esto significa que *automáticamente* pasa al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso *automáticamente* se enviará al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización Revisora Independiente** revisa la decisión que tomamos de rechazar su “apelación rápida”. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales	El nombre formal de la “Organización Revisora Independiente” es “ Entidad Revisora Independiente ”. A veces también se le conoce como “ IRE ” (por su sigla en inglés).
-------------------------	--

Paso 1: Automáticamente reenviaremos su caso a la Organización Revisora Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización Revisora Independiente en las siguientes 24 horas a partir de que le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con éste u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. En la Sección 10 de este capítulo se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización Revisora Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le proporcionan una respuesta en las siguientes 72 horas.

- **La Organización Revisora Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no tiene conexión con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de ser la Organización Revisora Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización Revisora Independiente volverán a revisar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

- **Si esta organización acepta su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el pago) de la parte del costo que nos corresponde por la atención recibida a partir de la fecha en que determinamos que debía finalizar la cobertura. También debemos continuar proporcionando la cobertura de la atención mientras sea necesaria por razones médicas. Usted debe continuar pagando la parte de los costos que le corresponde. Si existen limitaciones de la cobertura, éstas podrían limitar la cantidad que debamos reembolsarle o el tiempo durante el cual debemos continuar la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que acepta la decisión tomada por nuestro plan en relación con la primera apelación y no la modificará.
 - El aviso que reciba de la Organización Revisora Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Éste le proporcionará los detalles sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización Revisora Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan la Apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta esa decisión o pasa al Nivel 3 y realiza otra apelación. En el Nivel 3, su apelación será revisada por un juez.
- En la Sección 9 de este capítulo se proporciona más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo presentar la apelación en el Nivel 3 y en los niveles superiores

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones por Servicios Médicos
--

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, posiblemente pueda pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor al mínimo, no podrá realizar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que recibirá por su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la apelación en cada uno de estos niveles.

Nivel de Apelación 3	Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Éste es un “Juez de derecho administrativo”.
-----------------------------	---

- **Si el Juez de Derecho Administrativo acepta su apelación, el proceso de apelación puede o no finalizar:** decidiremos si se debe apelar la decisión en el Nivel 4. A diferencia del Nivel 2 (Organización Revisora Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en los siguientes 60 días después de recibir la decisión del juez.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos que correspondan. Podemos aguardar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en cuestión.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará qué hacer si decide continuar con la apelación.

Nivel de Apelación 4	El Consejo de Apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es positiva, o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de Apelación de Nivel 3, el proceso de apelación puede o no finalizar:** decidiremos si se debe apelar la decisión en el Nivel 5. A diferencia del Nivel 2 (Organización Revisora Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en las siguientes 60 días después de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones de Medicare.
 - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las normas le permiten pasar a la Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le

informará con quién ponerse en contacto y qué hacer si decide continuar con la apelación.

Nivel de Apelación 5	Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación.
-----------------------------	---

- Éste es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

Sección 9.2	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para las Apelaciones de los medicamentos de la Parte D
--------------------	---

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha realizado una Apelación de Nivel 1 y 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, posiblemente pueda pasar a los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor al mínimo, no podrá realizar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que recibirá por su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién está a cargo de la apelación en cada uno de estos niveles.

Nivel de Apelación 3	Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta. Éste es un “Juez de derecho administrativo”.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación habrá finalizado.** Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionarle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará qué hacer si decide continuar con la apelación.

Nivel de Apelación 4	El Consejo de Apelaciones de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones de Medicare trabaja para el gobierno federal.
-----------------------------	---

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación habrá finalizado.** Se ha aprobado lo que solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionarle la cobertura del**

medicamento que fue aprobada por el Consejo de Apelaciones de Medicare **en las siguientes 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago antes de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no finalizar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá finalizado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las normas le permiten pasar a la Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién ponerse en contacto y qué hacer si decide continuar con la apelación.

Nivel de Apelación 5	Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación.
---------------------------------	---

- Ésta es el último paso del proceso de apelación.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, el tiempo de espera, el servicio al cliente y otras cuestiones**



Si su problema está relacionado con las decisiones sobre beneficios, la cobertura o pagos, esta sección *no es para usted*. En su lugar, debe utilizar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se atienden en el proceso de quejas?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para la presentación de quejas. Este proceso se utiliza *sólo* para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, se detallan algunos ejemplos de los tipos de problemas que se atienden en el proceso de quejas.

Si tiene alguno de los siguientes tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Calidad de la atención médica

- ¿No está conforme con la calidad de la atención médica que recibe (incluyendo la atención del hospital)?

Respeto de su privacidad

- ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera debe ser confidencial?

Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas

- ¿Alguna persona fue descortés o le faltó al respeto?
- ¿No está conforme con el trato que recibe de Departamento de Servicio al Cliente?
- ¿Siente que lo incentivan a abandonar el plan?

Tiempos de espera

- ¿Tiene problemas para obtener una cita, o debe esperar demasiado para obtenerla?
- ¿Ha tenido que esperar a médicos, farmaceutas u otros profesionales del cuidado de la salud durante mucho tiempo? ¿O al Departamento de Servicio al Cliente u otro personal del plan?
 - Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera, cuando recibe una receta o en la sala de exámenes.

Limpieza

- ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio del médico?

Información que recibe de nuestra parte

- ¿Considera que no ha recibido un aviso que debemos proporcionarle?
- ¿Considera que la información por escrito que le proporcionamos es difícil de entender?

La página siguiente tiene más ejemplos de posibles motivos para presentar una queja

Posibles quejas (continuación)

Todos estos tipos de quejas están relacionados con la *puntualidad* de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones se explica en las secciones 4-9 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, utiliza ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja debido a la lentitud. Estos son algunos ejemplos:

- Si nos solicitó que le demos una “respuesta rápida” para una decisión de cobertura o apelación y la rechazamos, puede presentar una queja.
- Si considera que no cumplimos con los plazos para proporcionarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que realizó, puede presentar una queja.
- Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos informa que debemos proporcionarle la cobertura o el reembolso por determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican plazos. Si considera que no cumplimos con dichos plazos, puede presentar una queja.
- Cuando no le proporcionamos una decisión a tiempo, debemos reenviar su caso a la Organización Revisora Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Términos legales

- Lo que se llama “**queja**” en esta sección, también se conoce como “**queja formal**”.
- Otro nombre para “**realizar una queja**” es “**presentar una queja formal**”.
- Otra forma de decir “**utilizar el proceso de quejas**” es “**utilizar el proceso de presentación de una queja formal**”.

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de una queja

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar al Departamento de Servicio al Cliente.** Si debe hacer algo más, Departamento de Servicio al Cliente le informará. 787-250-5288 ó 1-888-750-5288 (libre de cargos), usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-479-6677. Nuestro horario de servicio es 24 horas, 7 días a la semana.
- **Si no desea llamar por teléfono (o llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si envió su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Utilizamos este procedimiento para analizar tus quejas, solucionarlas y notificarte de la determinación. Durante este proceso interno, es posible que te solicitemos información adicional.
 - **Para Querellas Expeditas:**
 - Paso 1: Recibiremos tu querella por escrito o por teléfono.
 - Paso 2: Documentaremos la querella.
 - Paso 3: Clasificaremos la querella y te lo haremos saber por escrito.
 - Paso 4: La Junta Médica conducirá una investigación interna para tomar una determinación.
 - Es posible que involucremos al comité de querellas y apelaciones para que revise la Decisión.
 - Paso 5: La Junta Médica llegará a una determinación.
 - Paso 6: Te notificaremos a ti y a las demás partes interesadas de nuestra determinación en 72 horas o menos.
 - Se enviará una notificación por escrito.
 - **Para Querellas Estándar:**
 - Paso 1: Recibiremos tu querella por escrito o por teléfono.
 - Paso 2: Documentaremos la querella.
 - Paso 3: Clasificaremos la querella y te lo haremos saber por escrito.
 - Paso 4: Conduciremos una investigación interna que involucre a todos los departamentos que deben estar involucrados.
 - Paso 5: Llegaremos una determinación.
 - Paso 6: Te notificaremos de nuestra determinación por escrito.
 - Debemos tratar tu querella tan rápido como el caso lo requiera en base a tu estado de salud, pero no más de 30 días después de haber recibido la misma. Podemos extender el marco de tiempo por hasta 14 días si solicitas una extensión o si se justifica la necesidad de información adicional y esta demora es considerada en beneficio tuyo. Si denegamos tu querella en su totalidad o en parte, nuestra decisión escrita te explicará por qué la denegamos y te explicaremos tus opciones para la resolución de la controversia.

- **Ya sea que llame o escriba, debe ponerse en contacto con Departamento de Servicio al Cliente de inmediato.** La queja se debe realizar en los siguientes 60 días calendario después de haber tenido el problema por el cual realiza la queja.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud a una “respuesta rápida” de una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le proporcionaremos una queja “rápida”.** Si tiene una queja “rápida”, significa que le daremos una respuesta en las siguientes las 24 horas.

Términos legales	Lo que se llama “ queja rápida ” en esta sección, también se conoce como “ queja formal acelerada ”.
-------------------------	--

Paso 2: Revisamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de forma inmediata.** Si nos llama por una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica. Si su condición de salud requiere que le respondamos con rapidez, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficiará o usted solicita más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma parcial o total, o no asumimos responsabilidad por el problema por el cual presenta la queja, le informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestros motivos para la respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo o no con la queja.

Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad
---------------------	---

Puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención que recibió de nuestra parte mediante el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es por la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede realizar la queja ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad.** Si prefiere, puede presentar la queja sobre la calidad de la atención recibida directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
 - La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

- Para buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado, vea el Capítulo 2, Sección 4, de este manual. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.
- **O puede presentar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad.

Capítulo 10. Baja del plan

SECCIÓN 1	Introducción	211
Sección 1.1	Este capítulo se concentra en la baja del plan.....	211
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede darse de baja de nuestro plan?	211
Sección 2.1	Puede darse de baja durante el Período de Inscripción Anual	211
Sección 2.2	Puede darse de baja durante el Período de cancelación de Medicare Advantage anual, pero las opciones son más limitadas	213
Sección 2.3	En determinadas situaciones, puede darse de baja durante un Período especial de Inscripción.....	213
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre el momento en que puede darse de baja?	215
SECCIÓN 3	¿Cómo debe darse de baja de nuestro plan?	215
Sección 3.1	Por lo general, se le da de baja cuando se inscribe en otro plan.....	215
SECCIÓN 4	Hasta que sea dado de baja, debe recibir los servicios médicos y medicamentos recetados a través de nuestro plan	217
Sección 4.1	Hasta que sea dado de baja, continúa siendo miembro de nuestro plan	217
SECCIÓN 5	<i>MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)</i> debe darle de baja del plan en determinadas situaciones	217
Sección 5.1	¿Cuándo debemos darle de baja del plan?	217
Sección 5.2	<u>No podemos</u> solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.....	219
Sección 5.3	Si le damos de baja de nuestro plan, tiene derecho a presentar una queja.....	219

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se concentra en la baja del plan

Darse de baja en *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* puede ser en forma **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede darse de baja de nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo.
 - Existen solamente determinadas épocas del año, o determinadas situaciones, en las que puede darse de baja de nuestro plan en forma voluntaria. La Sección 2 describe *cuándo* puede darse de baja del plan.
 - El proceso para darse de baja de forma voluntaria varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 describe *cómo* darse de baja en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en que usted no elige darse de baja, pero nos vemos obligados a finalizar su inscripción. La Sección 5 describe las situaciones en que debemos darle de baja.

Si se da de baja de nuestro plan, debe continuar recibiendo la atención médica a través de nuestro plan hasta que termine su inscripción.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede darse de baja de nuestro plan?

Puede darse de baja de nuestro plan sólo en determinados períodos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de darse de baja del plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de cancelación de Medicare Advantage anual. En determinadas situaciones, también puede ser elegible para darse de baja del plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede darse de baja durante el Período de Inscripción Anual
--

Puede darse de baja durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período de elección coordinada anual”). Éste es el momento en que usted debería revisar su cobertura médica y de medicamentos, y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Se lleva a cabo del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2011.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** En este período, puede revisar su cobertura de salud y de medicamentos recetados. Puede elegir quedarse con su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el

año siguiente. Si decide cambiar por 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 recetados o uno que no los cubra).
- Medicare Original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
- – *o* – Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos recetados, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “válida” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Vea el Capítulo 6, Sección 10 para obtener más información acerca de la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo se le dará de baja?** Se le dará de baja cuando comience la cobertura del nuevo plan el 1 de enero.
- **¿Cuándo puede darse de baja?** Puede darse de baja de *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* en cualquier momento. La mayoría de las personas con Medicare pueden darse de baja solamente en determinados momentos del año. Sin embargo, dado que usted vive en un asilo de ancianos, puede darse de baja en cualquier momento.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar?** Si decide cambiar por 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 recetados o uno que no los cubra).
 - Medicare Original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
 - – *o* – Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Medicare Original y no se

inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos recetados, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “válida” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Vea el Capítulo 6, Sección 10 para obtener más información acerca de la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo se le dará de baja?** Generalmente se le dará de baja el primer día del mes siguiente en que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.2	Puede darse de baja durante el Período de cancelación de Medicare Advantage anual, pero las opciones son más limitadas
--------------------	---

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de cancelación de Medicare Advantage anual**.

- **¿Cuándo es el Período de cancelación de Medicare Advantage anual?** Todos los años desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de cancelación de Medicare Advantage anual?** Durante este período, puede cancelar su inscripción en el Plan Medicare Advantage y cambiarse a Medicare Original. Si elige cambiar al Medicare Original durante este período, tiene hasta el 14 de febrero para inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare para agregar la cobertura de medicamentos.
- **¿Cuándo se le dará de baja?** Se le dará de baja el primer día del mes siguiente al que hayamos recibido su solicitud de cambio a Medicare Original. Si además elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su inscripción en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente al que el plan de medicamentos haya recibido su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En determinadas situaciones, puede darse de baja durante un Período especial de inscripción.
--------------------	---

En determinadas situaciones, los miembros de *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* pueden ser elegibles para darse de baja en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período especial de inscripción**.

- **¿Quién es elegible para un Período especial de inscripción?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplican a usted, puede darse de baja durante un Período especial de inscripción. Estos son sólo algunos ejemplos; para consultar la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>).
 - Generalmente, cuando se muda.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para el pago de las recetas médicas de Medicare.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si recibe atención en una institución, como un asilo de ancianos o un hospital de cuidado a largo plazo.
- **¿Cuándo son los Períodos especiales de inscripción?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Período especial de inscripción, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para darse de baja por una situación especial, puede elegir cambiar tanto la cobertura de salud de Medicare como la cobertura de medicamentos recetados. 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 recetados o uno que no los cubra).
 - Medicare Original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
 - – o – Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos recetados, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “válida” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, el mismo monto que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Vea el Capítulo 6, Sección 10 para obtener más información acerca de la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo se le dará de baja?** Por lo general, se le dará de baja el primer día del mes siguiente en que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre el momento en que puede darse de baja?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede darse de baja:

- Puede **llamar al Departamento de Servicio al Cliente** (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).
- Puede encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2012*.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben dentro del mes de la inscripción.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono a Medicare al número que aparece a continuación.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo debe darse de baja de nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, se le da de baja cuando se inscribe en otro plan

Por lo general, para darse de baja de nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan al Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar la baja de nuestro plan. Existen dos maneras en que puede solicitar la baja:

- Puede hacer la solicitud por escrito. (Comuníquese con Departamento de Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto).
- O bien, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura válida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “válida” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados)

estándar de Medicare). Vea el Capítulo 6, Sección 10 para obtener más información acerca de la multa por inscripción tardía.

La siguiente tabla explica cómo debe darse de baja de nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en un nuevo plan de salud de Medicare. <p>Automáticamente se le dará de baja de <i>MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)</i> cuando comience la cobertura del nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>con</i> un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en un nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. <p>Automáticamente se le dará de baja de <i>MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)</i> cuando comience la cobertura del nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare Original <i>sin</i> un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare. <ul style="list-style-type: none"> ○ Nota: Si se da de baja de un plan de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura válida de medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Vea el Capítulo 6, Sección 10 para obtener más 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud de baja por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Departamento de Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual). • También puede ponerse en contacto con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar la baja. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de <i>MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)</i> cuando comience la

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
información acerca de la multa por inscripción tardía.	cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que sea dado de baja, debe recibir los servicios médicos y medicamentos recetados a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que sea dado de baja, continúa siendo miembro de nuestro plan

Si se sale de *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*, es posible que transcurra un tiempo hasta que le den de baja y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este período, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando nuestra red de farmacias para surtir sus recetas hasta que se dé de baja de nuestro plan.** En general, sus medicamentos recetados sólo están cubiertos si se presentan en una farmacia de la red incluyendo nuestros servicios de farmacia de pedido por correo.
- **Si está hospitalizado el día en que se da de baja, generalmente nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta** (incluso si el alta es posterior al inicio de su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)* debe darle de baja del plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos darle de baja del plan?

MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS) debe darle de baja del plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si usted no permanece inscrito de forma continua en las Partes A y B de Medicare.
- Si se muda de nuestra área de servicio por más de seis meses.

- MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS) ofrece (o continúa ofreciendo) programas extendidos para “visitantes” o “viajeros” a beneficiarios de planes de asistencia al viajero que hayan estado fuera del área de servicio por hasta 12 meses.
- La organización Medicare Advantage debe desafiliar a un beneficiario si:
 - Se muda constantemente fuera del área de servicio y su nueva residencia no está en un área de continuación.
 - La ausencia temporal del beneficiario del área de servicio (o área de continuación, para beneficiarios de continuación de afiliación) excede los 6 meses consecutivos
 - El beneficiario está afiliado en un plan de Medicare Advantage que ofrece un programa para visitantes/viajeros y su ausencia temporal excede los 12 meses consecutivos (o la duración del programa para visitantes/viajeros es menor a 12 meses.
 - El beneficiario es un beneficiario fuera del área (Beneficiarios de un plan de Medicare Advantage que viven fuera del área de servicio y que eligieron el plan de Medicare Advantage cuando residían en el área de servicio), y se muda constantemente a un área que no está en el área de servicio o área de continuación;
 - Se muda permanentemente fuera del área de continuación de un plan local de Medicare Advantage y su nueva residencia no está en el área de servicio o en otra área de continuación del plan local de Medicare Advantage;
 - El beneficiario se muda permanentemente fuera del área de servicio (o área de continuación, para beneficiarios de continuación de afiliación en los planes locales de Medicare Advantage) y dentro de un área de continuación, pero elige no continuar la afiliación en el plan local de Medicare Advantage.
 - El beneficiario es un beneficiario fuera del área que deja su residencia por más de 6 meses;
 - El beneficiario está encarcelado (sólo planes MA-PD) y por ende, fuera del área.
- Si se muda o realiza un viaje por largo tiempo, debe llamar al Departamento de Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Vea el Capítulo 4, Sección 2.2 para información sobre obtener cuidado cuando se encuentre fuera del área a través del beneficio de visitante/viajero.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si proporciona información falsa u omite información sobre otro seguro que tenga, que le proporciona cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos da información incorrecta de forma intencional al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para ingresar en nuestro plan.

- Si constantemente se comporta de una manera que es perjudicial y dificulta que le proporcionemos la atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
 - No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare.
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de miembro para recibir atención médica.
 - Si le damos de baja por este motivo, Medicare puede disponer que un Inspector General investigue su caso.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos darle de baja:

- Puede llamar al **Departamento de Servicio al Cliente** para recibir más información (los números de teléfono están en la parte de atrás de este manual).

Sección 5.2	<u>No podemos</u> solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud
--------------------	---

¿Qué debe hacer en ese caso?

Si considera que le solicitan que abandone el plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Si le damos de baja de nuestro plan, tiene derecho a presentar una queja
--------------------	---

Si le damos de baja de nuestro plan, debemos informarle los motivos por escrito. Además, debemos explicar cómo puede presentar una queja por nuestra decisión de darle de baja. También puede consultar el Capítulo 9, Sección 10, para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente.....	221
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación.....	221

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

A esta *Evidencia de Cubierto* se aplican varias leyes y podrían aplicarse algunas disposiciones adicionales que exija la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creadas en el marco de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, también pueden aplicarse leyes del estado donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos a las personas por su raza, incapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, creencias, origen nacional o edad. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Norteamericanos con Discapacidades, todas las otras leyes correspondientes a organizaciones que reciben subsidios federales y demás leyes y reglamentos que se apliquen por cualquier otro motivo.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es lo que puede hacer si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted considera que tiene derecho a recibir. En el Capítulo 9 se explican las apelaciones, incluso el proceso para presentar una apelación.

Área de servicio: el área geográfica donde su plan acepta miembros si es que limita la inscripción a los miembros que viven en dicha zona. Para los planes que requieren que usted use sus médicos y hospitales, es también el área donde se brindan los servicios médicos (que no sean de emergencia). Si usted se muda fuera del área de servicio, el plan debe cancelar su cobertura.

Atención urgente: la atención urgente es atención que se proporciona para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediatamente, pero la red de proveedores del plan no está disponible o no se puede acceder temporalmente.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios o determinados medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos de la red están cubiertos sólo si el médico u otro proveedor de la red obtienen la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos sólo si el médico u otro proveedor de la red reciben nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda Adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con recursos y bajos ingresos a pagar los costos de la cobertura de medicamentos recetados, tales como primas, deducibles y el coaseguro.

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

Beneficios suplementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare que se pueden adquirir a una prima adicional y no están incluidos en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios suplementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Para obtener los Beneficios suplementarios opcionales, debe elegirlos de manera voluntaria.

Cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de la red de las Partes A y B. Las cantidades que usted paga por las primas de su plan, las primas de las Partes A y B de Medicare

y los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo. Además de la cantidad máximo de gastos directos de su bolsillo por servicios médicos cubiertos de las Partes A y B de la red, también tenemos una cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo para ciertos tipos de servicios. Vea el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener información acerca de la cantidad máxima de los gastos directos de su bolsillo.

Centro Ambulatorio de Rehabilitación Completa (CORF): centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, servicios de patología del lenguaje y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía en el centro no se espera que exceda las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal que administra a Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo comunicarse con CMS.

Coaseguro – La cantidad que usted tiene que pagar como la parte del costo que le corresponde por servicios o medicamentos recetados. El coaseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo el 20%).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro que ayuda a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

Cobertura válida de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de Medicare de medicamentos recetados. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare por primera vez, pueden conservarla sin tener que pagar una multa, si más tarde deciden inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.

Copago: Es la cantidad que le corresponde pagar del costo de los servicios o suministros como por ejemplo la visita médica, la atención en el hospital como paciente ambulatorio o un medicamento. El copago por lo general es una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo, puede que le cobren \$10 o \$20 por la visita médica o el medicamento recetado.

Costo compartido: hace referencia a las cantidades que debe pagar el miembro por los medicamentos o servicios recibidos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) toda cantidad deducible que un plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) toda cantidad de "copago" fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) toda cantidad de "coaseguro", un

porcentaje de la cantidad total pagado por un servicio o medicamento que requiere un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Cuidado de custodia/compañía: el cuidado de custodia es atención personal que puede ser proporcionada por personas sin experiencia o capacitación profesional, para ayudarle con las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir las actividades que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse las gotas en los ojos. Medicare no paga por este tipo de cuidado.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF): cuidado de enfermería especializada y de rehabilitación que se ofrece de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de ese cuidado incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser brindados por una enfermera licenciada o por un médico.

Dar de baja o Baja: proceso de terminación de la inscripción en nuestro plan. La baja puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (cuando no es usted quien toma la decisión).

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o las recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Departamento de Servicio al Cliente: departamento incluido en nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre inscripciones, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Departamento de Servicio al Cliente.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por el plan y la cantidad, si lo hubiera, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, esto no constituye una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir al plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este manual, las determinaciones de cobertura se conocen como “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: la organización Medicare Advantage, realiza una determinación de la organización cuando ésta, o uno de sus proveedores, toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o cuánto usted debe pagar por los servicios cubiertos. En este manual, las determinaciones de la organización se conocen como “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Emergencia: una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad (por ejemplo, un brazo, una

pierna). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o condición médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero: determinados equipos médicos solicitados por el médico para que utilice en el hogar. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

Etapa de Cobertura Catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un pequeño copago o coaseguro por los medicamentos después de que usted u otras personas autorizadas en su nombre hayan gastado \$4,700.00 por medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de Cobertura Inicial: es la etapa después de alcanzar el deducible y antes de que sus gastos totales de medicamentos alcancen \$2,930.00, incluyendo lo que usted pagó y lo que nuestro plan pagó en su nombre.

Evidencia de Cubierta (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, anexos, o de cobertura opcionales seleccionados, que explican la cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento no incluido en el formulario del patrocinador del plan (excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido en el nivel de costo compartido preferido (excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador del plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que está solicitando o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (excepción al formulario).

Facturación de saldos: una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor al costo compartido del plan por servicios. Como miembro de *MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)*, usted sólo debe pagar el costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le envíen una “factura de saldos”. Vea el Capítulo 4, Sección 1.6 para obtener más información acerca de la facturación de saldos.

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. Las denominamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, nuestras recetas se cubren sólo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia de la red no preferida: una farmacia de la red que ofrece un suministro a largo plazo de medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan a niveles superiores de costo compartido que los que se aplican en una farmacia de la red preferida.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Tal como se explica en

esta Evidencia de Cubierta, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Farmacia preferida de la red: una farmacia de la red que ofrece un suministro a largo plazo de medicamentos cubiertos a miembros de nuestro plan a niveles menores de costo compartido que los que se aplican en una farmacia de la red no preferida.

Gastos directos de su bolsillo: consulte la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido del miembro de pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de gastos directo “de su bolsillo”.

Indicación aceptada por razones médicas: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) o respaldado por determinados libros de referencia. Vea el Capítulo 5, Sección 4 para obtener más información acerca de una indicación aceptada por razones médicas.

Límites de cantidad: herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden basarse en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o durante un período determinado.

Límite de cobertura inicial: límite máximo de cobertura dentro de la Etapa de Cobertura Inicial.

Lista de medicamentos recetados (formulario o “lista de medicamentos”): lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéutas. La lista incluye medicamentos de marca y genéricos.

Medicaid (o Asistencia médica): programa conjunto federal y estatal que proporciona ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos o recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de la atención médica estarán cubiertos si es elegible para Medicare y Medicaid. Vea el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Medicamentos cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamento de marca: medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos producen y comercializan los medicamentos genéricos y en general no se encuentran disponibles hasta que se vence la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: medicamento recetado que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) determina que tiene el/los mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. **Generalmente, un medicamento “genérico” funciona de la misma manera que un medicamento de marca y con frecuencia tiene un costo menor.**

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte la lista específica de los medicamentos cubiertos en el formulario). El Congreso excluyó específicamente determinadas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D.

Medicare: programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (por lo general, las personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o un Plan Medicare Advantage.

Medicare Original (“Medicare tradicional” o Medicare “Pago por servicio”): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos por medio del pago de montos determinados por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de salud *que acepte Medicare*. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del costo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga la parte del costo que a usted le corresponde. Medicare Original consta de dos partes: La Parte A (Seguro hospitalario) y la Parte B (Seguro médico) y se encuentra disponible en todo Estados Unidos.

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

Multa por inscripción tardía: cantidad que se agrega a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare, si permanece sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare), durante un período continuo de 63 días o más. Pagará la cantidad más elevada mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, las normas de la multa por inscripción tardía no se aplican a usted. Si recibe Ayuda Adicional, no paga la multa, incluso si permanece sin una cobertura “válida” de medicamentos recetados.

Necesario por razones médicas: los servicios, suministros y medicamentos necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su problema de salud y que cumplen con los estándares aceptados de la buena práctica médica.

Nivel de costo compartido: todos los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos pertenecen a uno de los 4 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más alto el costo de su medicamento.

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO): un grupo de médicos especializados y otros expertos en el cuidado de la salud pagado por el gobierno federal, que se encarga de controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Vea el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo comunicarse con QIO en su estado.

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

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilidad de referencia, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como “la Parte D”).

Período de beneficio: La forma en que nuestro plan y el Medicare Original mide su uso de los servicios de hospital y de Centros de Enfermería Especializada (SNF). Un período de beneficio comienza el día que usted es admitido al hospital o al centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si se le ingresa en el hospital o centro de enfermería especializada después de que se haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. Usted debe pagar el deducible de hospitalización para cada período de beneficio. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Período de cancelación de Medicare Advantage: momento establecido cada año en que los miembros en un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiar al Medicare Original. El Período de cancelación de Medicare Advantage se extiende desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero de 2011.

Período inicial de inscripción: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para la Parte B cuando cumple 65 años, su Período inicial de inscripción es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65, incluye el mes en que cumple 65, y finaliza 3 meses después de que cumple 65.

Período de inscripción anual: el momento establecido en cada otoño en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiar al Medicare Original. El Período de inscripción anual se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de 2011.

Período de inscripción especial: el momento establecido en que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar al Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: Si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda Adicional" con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un asilo de ancianos, o si violamos nuestro contrato con usted. **Plan de salud de Medicare:** un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato

con Medicare para brindarles a los beneficiarios inscritos, todos los servicios de las Partes A y B de Medicare. Este término incluye a todos los Planes Medicare Advantage, los Planes Medicare de Costo, los programas piloto y los Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE).

Plan de Necesidades Especiales: tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada en grupos de personas específicos, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes residen en un asilo de ancianos o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan Medicare Advantage (MA): también llamado plan Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una empresa privada que realiza un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser un HMO, PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando está inscrito en una Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no se pagan dentro del Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se conocen como **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen las Partes A y B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se proporcione en su área, excepto las personas con Enfermedad Renal Terminal (a menos que se apliquen algunas excepciones).

Plan Organización de Proveedores Preferidos (PPO): es un Plan de Medicare Advantage que dispone de una red de proveedores contratados que acordaron atender a los miembros del plan por el pago de una cantidad específica. Un Plan (PPO) debe cubrir todos los beneficios, tanto si se reciben de parte de proveedores del plan y fuera del plan. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más elevados cuando se reciben los beneficios del plan por parte de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los gastos directos de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre los gastos directos de su bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Póliza “Medigap” (Seguro suplementario a Medicare): seguro suplementario a Medicare vendido por compañías aseguradoras privadas para cubrir “faltas” en el Medicare Original. Las pólizas Medigap solamente funcionan con el plan de Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan médico para la cobertura de salud o medicamentos recetados.

Programa de Medicare de descuentos durante el período sin cobertura: programa que proporciona descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a las personas inscritas en la Parte D que han alcanzado el Período sin Cobertura y que aún no reciben “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y

algunos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría aunque no todos los medicamentos de marca tienen un descuento.

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

Proveedor de cuidado primario (PCP): es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. El médico de cuidado primario es el que se encarga de que reciba la atención necesaria para mantenerse sano. También es el que lo refiere a otro proveedor de la salud y habla con otros médicos sobre su cuidado. En muchos Planes de salud de Medicare, antes de ver a cualquier otro médico, usted debe consultar primero a su médico de cuidado primario. Vea el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información acerca del proveedor de cuidado primario.

Proveedor o centro fuera de la red: proveedor o centro con quienes **no** hemos acordado coordinar ni proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen, no operan con nuestro plan ni tienen contrato para ofrecerle servicios médicos cubiertos. *El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este manual.*

Queja formal: tipo de queja que realiza sobre nosotros o uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, incluida una queja relacionada con la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye conflictos con pagos o coberturas.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): beneficio mensual pagado por la Administración del Seguro Social para personas incapacitadas, ciegas o mayores de 65 años con bajos recursos e ingresos. Los beneficios del SSI no son los mismos que los del Seguro Social. **Servicios cubiertos:** término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros médicos cubiertos por nuestro plan.

Servicios de emergencia: servicios cubiertos que: 1) proporciona un proveedor calificado para prestar servicios en emergencias; y 2) se necesitan para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Subsidio por bajos ingresos: consulte “Ayuda Adicional”.

Tarifa de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir la receta. La tarifa de suministro cubre costos como el tiempo del farmacéuta para preparar y envasar el medicamento.

Terapia en etapas: herramienta de utilización que le exige probar primero otro medicamento para el tratamiento de una condición médica antes de cubrir el medicamento que su médico le recetó en primer lugar.

Departamento de Servicio al Cliente de MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS)

LLAME	1-888-750-5288 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días a la semana. El Departamento de Servicio al Cliente también tienen servicios de intérprete de idiomas gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	1-866-479-6677 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas con dificultades auditivas o de voz. Las llamadas a este número son gratis. 24 horas, 7 días a la semana.
FAX	787-772-8488
ESCRIBA A	MAPFRE Medicare Excel PO Box 71419 San Juan, PR 00936-8519 medicareexcel@mapfrepr.com.
SITIO WEB	www.mapfremedicare.com

Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada (SHIP)

Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para proporcionar asesoría gratuita sobre el seguro de salud local a las personas con Medicare.

LLAME	787-721-6121
ESCRIBA A	PO Box 191179, San Juan, PR 00919-1179
SITIO WEB	www.ogave.gobierno.pr



El plan MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS) está suscrito por MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY. Una compañía Medicare Advantage con un contrato con Medicare. El plan MAPFRE Medicare Excel (HMO-POS) está diseñado y disponible para beneficiarios de Medicare con Parte A y Parte B en los 78 municipios de Puerto Rico.

H5821_ENRpst0004_1F12 spa
F&U 09/12/2011