

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021**

# **Evidencia de cobertura:**

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

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica, atención a largo plazo, servicios basados en el hogar y en la comunidad y medicamentos con receta de Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid) desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

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

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

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

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

Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2022.

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

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

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



## Evidencia de cobertura para 2021

### Índice

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

#### **Capítulo 1. Primeros pasos como miembro ..... 4**

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

#### **Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes ..... 18**

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (Aetna Assure Premier Plus [HMO D-SNP]) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, NJ FamilyCare (Medicaid, el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de jubilación para ferroviarios.

#### **Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos ..... 37**

Explica puntos importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

#### **Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto) ..... 57**

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles no como miembro de nuestro plan.

---

**Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D ..... 135**

Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que no están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

**Capítulo 6. Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos ..... 164**

En este capítulo, se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos el costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades ..... 171**

Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos) ..... 189**

En este capítulo se describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos con receta que usted piensa que nuestro plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.
- También se explica cómo presentar un reclamo respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio a los miembros y otros temas que le preocupan.

---

**Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan ..... 264**

Describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Explica las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

**Capítulo 10. Avisos legales..... 277**

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes ..... 284**

Se explican los términos clave que se utilizan en este folleto.

# **CAPÍTULO 1**

## ***Primeros pasos como miembro***

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1	Usted está inscrito en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (plan de necesidades especiales) .....	7
Sección 1.2	¿De qué se trata el folleto <i>Evidencia de cobertura</i> ?.....	8
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> .....	8
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuáles son las calificaciones para elegibilidad para ser miembro del plan? .....</b>	<b>9</b>
Sección 2.1	Sus calificaciones para elegibilidad .....	9
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	10
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid? .....	10
Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan para <i>Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)</i> .....	10
Sección 2.5	Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos .....	11
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué otra documentación le enviaremos? .....</b>	<b>11</b>
Sección 3.1	Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos.....	11
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan .....	12
Sección 3.3	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : Su guía para conocer las farmacias de nuestra red.....	13
Sección 3.4	La Lista de <i>medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan.....	13
Sección 3.5	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D .....	14
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>No hay ninguna prima mensual para Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) .....</b>	<b>14</b>
Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima de su plan? .....	14
Sección 4.2	¿Podemos modificar la prima mensual del plan durante el año? .....	14

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**

---

<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Mantenga actualizado su registro de miembro del plan .....</b>	<b>15</b>
Sección 5.1	Cómo puede asegurarse de que tenemos información correcta sobre usted.....	15
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Protegemos la privacidad de su información personal de salud .....</b>	<b>16</b>
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida .....	16
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan .....</b>	<b>16</b>
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?.....	16

**SECCIÓN 1                      Introducción****Sección 1.1                      Usted está inscrito en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (plan de necesidades especiales)**

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

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

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

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

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

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

incluida la cobertura de sus medicamentos con receta, atención a largo plazo y servicios basados en el hogar y en la comunidad.

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

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

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

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

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

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

### **Sección 1.3      Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***

#### **Es parte del contrato que celebramos con usted**

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en *Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)*, desde el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *Aetna Assure Premier Plus*

(HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2021. Después del 31 de diciembre de 2021, también podemos decidir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente.

### **Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años**

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

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

### **Sección 2.1                    Sus calificaciones para elegibilidad**

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

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 a continuación describe el área de servicio).
- Es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- Cumple las calificaciones especiales para elegibilidad que se describen a continuación.

### **Calificaciones especiales para elegibilidad para nuestro plan**

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). A fin de ser elegible para nuestro plan usted debe ser elegible para recibir Medicare y los beneficios completos de Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad, pero es razonable esperar que la recupere dentro del plazo de 6 meses, sigue siendo elegible para la membresía en nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 describe la cobertura durante un período de elegibilidad continua estimada).

**Sección 2.2      ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?**

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

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

**Sección 2.3      ¿Qué es Medicaid?**

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

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

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

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

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

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nueva Jersey: Bergen, NJ; Camden, NJ; Essex, NJ; Hudson, NJ; Mercer, NJ; Middlesex, NJ; Monmouth, NJ; Ocean, NJ; Passaic, NJ y Union, NJ.

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

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

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

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

**SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?**

**Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



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

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

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

<b>Sección 3.2</b>	<b>El Directorio de proveedores y farmacias: Su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan</b>
--------------------	--

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla nuestros proveedores de la red, proveedores de equipo médico duradero e identifica a los proveedores participantes de NJ FamilyCare (Medicaid).

### ¿Qué son los “proveedores de la red”?

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

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

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

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una a través del Departamento de Servicios para Miembros (en la contratapa de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). En el Departamento de Servicios para Miembros puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en [www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/find-provider](http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/find-provider), o descargarlo de este sitio web.

Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

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

### ¿Qué son las “farmacias de la red”?

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

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

Puede utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en [www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/find-provider](http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/find-provider). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias 2021* para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

<b>Sección 3.4</b>	<b>La Lista de <i>medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan</b>
--------------------	--

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

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

Le brindaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan ([www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary](http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)) o llamar al

Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

<b>Sección 3.5</b>	<b>La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D</b>
--------------------	---

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que lo ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

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

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

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

<b>Sección 4.1</b>	<b>¿A cuánto asciende la prima de su plan?</b>
--------------------	--

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

<b>Sección 4.2</b>	<b>¿Podemos modificar la prima mensual del plan durante el año?</b>
--------------------	---

**No.** No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año.

---

**SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Cómo puede asegurarse de que tenemos información correcta sobre usted</b>
--------------------	--

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria (PCP), grupo médico y asociación de médicos independientes (IPA).

Un grupo médico es un grupo de médicos y otros proveedores de atención médica que tienen un contrato para proporcionar servicios a miembros de nuestro plan. Una IPA es un grupo independiente de médicos y otros proveedores de atención médica que tienen un contrato para proporcionar servicios a miembros de nuestro plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que tiene cubiertos.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

**Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:**

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

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

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

**Capítulo 1. Primeros pasos como miembro****Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga**

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

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

**SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud****Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida**

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

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

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

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

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad

de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):

- Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará en primer lugar durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura, generalmente, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

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

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

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

## **CAPÍTULO 2**

### ***Números de teléfono y recursos importantes***

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Contactos de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)</b> (cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros del plan) .....	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Medicare</b> (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) .....	<b>28</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Programa estatal de asistencia en seguros de salud</b> (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) .....	<b>30</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Organización para la mejora de la calidad</b> (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare).....	<b>31</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Seguro Social</b> .....	<b>32</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Medicaid</b> (un programa conjunto estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados).....	<b>33</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta</b> .....	<b>35</b>
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios</b> .....	<b>36</b>
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?....</b>	<b>36</b>

---

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

---

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

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

<b>Método</b>	<b>Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-844-362-0934  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.  El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-855-259-2087
<b>CORREO POSTAL</b>	<b>Aetna Better Health of New Jersey</b>  7400 W Campus Rd New Albany, OH 43054
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp">www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp</a>

**Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica**

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

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

<b>Método</b>	<b>Información de contacto para decisiones de cobertura sobre atención médica</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-844-362-0934  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	711  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-833-322-0034
<b>CORREO POSTAL</b>	<b>Aetna Better Health of New Jersey</b>  Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). 7400 W Campus Rd New Albany, OH 43054
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp">www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp</a>

**Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica**

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

<b>Método</b>	<b>Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-844-362-0934  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	711  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-833-492-0070
<b>CORREO POSTAL</b>	<b>Aetna Better Health of New Jersey</b> Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp">www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp</a>

**Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica**

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

<b>Método</b>	<b>Información de contacto para reclamos sobre la atención médica</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-844-362-0934  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	711  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-833-492-0070
<b>CORREO POSTAL</b>	<b>Aetna Better Health of New Jersey</b>  Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar un reclamo sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, ingrese en <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

**Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D**

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

<b>Método</b>	<b>Información de contacto para decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-844-362-0934  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	711  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-844-814-2260
<b>CORREO POSTAL</b>	<b>Aetna Better Health of New Jersey</b>  Part D Coverage Determination Pharmacy Department 4500 East Cotton Center Blvd Phoenix, AZ 85040
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp">www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp</a>

**Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D**

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

<b>Método</b>	<b>Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-844-362-0934  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	711  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-844-814-2260
<b>CORREO POSTAL</b>	<b>Aetna Better Health of New Jersey</b>  Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Appeals and Grievances 4500 E Cotton Center Blvd Phoenix, AZ 85040
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp">www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp</a>

**Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D**

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

<b>Método</b>	<b>Información de contacto para reclamos sobre los medicamentos con receta de la Parte D</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-844-362-0934  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>TTY</b>	711  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-833-492-0070
<b>CORREO POSTAL</b>	<b>Aetna Better Health of New Jersey</b> Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar un reclamo sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, ingrese en <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

**Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pida que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibió**

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

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

<b>Método</b>	<b>Información de contacto para solicitudes de pago por cobertura médica</b>
<b>FAX</b>	1-855-259-2087
<b>CORREO POSTAL</b>	<b>Aetna Better Health of New Jersey</b> 7400 W Campus Rd New Albany, OH 43054
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp">www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp</a>

<b>Método</b>	<b>Información de contacto para solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D</b>
<b>CORREO POSTAL</b>	<b>Aetna Better Health of New Jersey</b> PO Box 52446 Phoenix, AZ 85072-2446
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp">www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp</a>

**SECCIÓN 2****Medicare**

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

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

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

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

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

---



---

**SECCIÓN 3**                      **Programa estatal de asistencia en seguros de salud**  
(ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

---

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

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

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

<b>Método</b>	<b>Información de contacto del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP de Nueva Jersey)</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-792-8820
<b>TTY</b>	711
<b>CORREO POSTAL</b>	NJ State Health Insurance Assistance Program PO Box 807 Trenton NJ 08625
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/">www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/</a>

---



---

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

---

Esta es una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Nueva Jersey, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta, Organización para la mejora de la calidad centrada en la familia y en el beneficiario (BFCC-Q10).

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

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

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

<b>Método</b>	<b>Información de contacto de Livanta (la Organización para la mejora de la calidad [QIO] de Nueva Jersey)</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-866-815-5440
<b>TTY</b>	1-866-868-2289 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
<b>CORREO POSTAL</b>	Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.livantaqio.com/en">www.livantaqio.com/en</a>

**SECCIÓN 5 Seguro Social**

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

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

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

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

**SECCIÓN 6****Medicaid**

(un programa conjunto estatal y federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

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

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

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

<b>Método</b>	<b>Información de contacto de la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud del Departamento de Servicios Sociales de NJ</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-356-1561
<b>TTY</b>	711
<b>CORREO POSTAL</b>	NJ Department of Human Services Division of Medical Assistance and Health Services PO Box 712 Trenton, NJ 08625-0712
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/">www.state.nj.us/humanservices/dmahs/</a>

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

<b>Método</b>	<b>Información de contacto de la Oficina del defensor del pueblo en materia de seguros del Departamento de Banca y Seguros de NJ</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-446-7467
<b>TTY</b>	711
<b>CORREO POSTAL</b>	The Office of the Insurance Ombudsman NJ Department of Banking and Insurance PO Box 472 Trenton NJ 08625-0472
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.state.nj.us/dobi/ombuds.htm">www.state.nj.us/dobi/ombuds.htm</a>

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

<b>Método</b>	<b>Información de contacto del Defensor del pueblo para atención a largo plazo de Nueva Jersey</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-877-582-6995
<b>TTY</b>	711
<b>CORREO POSTAL</b>	Defensor del pueblo para atención a largo plazo de NJ P.O. Box 852 Trenton, NJ 08625-0852
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.nj.gov/ooie/">www.nj.gov/ooie/</a>

---

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

---

**Programa de “Ayuda adicional” de Medicare**

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

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

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

---

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


---

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

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

<b>Método</b>	<b>Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios</b>
<b>TELÉFONO</b>	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona "0", puede hablar con un representante de la RRB de 09:00 a. m. a 03:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 09:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles.</p> <p>Si presiona "1", puede acceder a la Línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada durante las 24 horas, incluso los fines de semana y los días feriados.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

---

**SECCIÓN 9                      ¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador?**


---

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

## **CAPÍTULO 3**

***Cómo utilizar la cobertura del plan  
para obtener servicios médicos y otros  
servicios cubiertos***

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan .....</b>	<b>40</b>
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	40
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan .....	40
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios.....</b>	<b>42</b>
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise la atención médica.....	42
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede obtener sin tener la aprobación por adelantado de su PCP?.....	44
Sección 2.3	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	45
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red.....	46
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención, o durante un desastre .....</b>	<b>47</b>
Sección 3.1	Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica .....	47
Sección 3.2	Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios .....	49
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre .....	50
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? .....</b>	<b>50</b>
Sección 4.1	Puede pedirnos que paguemos por los servicios cubiertos.....	50
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por <b>nuestro plan?</b> .....	50
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? .....</b>	<b>51</b>
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? .....	51

**Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**

---

Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?.....	52
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica” .....</b>	<b>53</b>
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica? .....	53
Sección 6.2	Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica .....	54
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Normas para la posesión de equipo médico duradero .....</b>	<b>54</b>
Sección 7.1	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos?.....	54
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Normas para la posesión de equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento.....</b>	<b>55</b>
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? .....	55
Sección 8.2	¿Cuál es el costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? .....	56
Sección 8.3	¿Qué sucede si usted deja el plan y vuelve a Original Medicare?.....	56

## Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

### SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

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

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

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

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

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

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

Como un plan de salud de Medicare y Medicaid, *Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de estos. (Consulte la Tabla de beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4).

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

### Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

---

**SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios**

---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise la atención médica</b>
--------------------	---

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

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

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

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

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* o visite nuestro sitio web [www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/find-provider](http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/find-provider) para obtener una lista completa de los PCP en su área.

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

Su PCP brindará la mayor parte de su atención y cuando necesite servicios más especializados, coordinará su atención con otros proveedores. Su PCP lo ayudará a encontrar un especialista y coordinará los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Algunos de los servicios que el PCP coordinará incluyen los siguientes:

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

### **Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**

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

#### **¿Cuál es el rol del PCP en la toma de decisiones o la obtención de autorización previa?**

En algunos casos, es posible que su PCP deba obtener una aprobación por adelantado por parte de nuestro Departamento de Administración Médica para algunos tipos de servicios o pruebas (esto se denomina obtener una “autorización previa”). Los servicios y productos que requieren autorización previa se detallan en el Capítulo 4.

#### **Cómo elegir al PCP**

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

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

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

#### **Cambiar de PCP**

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

Para cambiar su PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece e la parte de atrás de este folleto **antes** de coordinar una consulta con un PCP nuevo. Cuando llame, asegúrese de informar al Departamento de Servicios para Miembros si está consultando a algún especialista o está recibiendo otros servicios cubiertos que eran coordinados por su PCP (por ejemplo, servicios de atención médica a domicilio y equipos médicos duraderos). También verificará si el nuevo PCP que desea elegir acepta a nuevos pacientes. El Departamento de Servicios para Miembros cambiará su registro de miembro para reflejar el nombre de su nuevo PCP, le informará la fecha de entrada en vigencia de su solicitud de cambio y responderá a sus preguntas sobre este. También le

### **Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**

enviará una nueva tarjeta de miembro que muestre el nombre o número de teléfono de su PCP nuevo.

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

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

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

<b>Sección 2.2</b>	<b>¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede obtener sin tener la aprobación por adelantado de su PCP?</b>
--------------------	--

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

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

folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

<b>Sección 2.3</b>	<b>Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red</b>
--------------------	---

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

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

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

- Su PCP le proporcionará la mayor parte de la atención que usted recibe y ayudará a arreglar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que se le presten como miembro del plan.
- Su PCP puede remitirlo a un especialista, pero usted puede consultar a cualquier especialista de nuestra red sin una remisión. Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* o ingrese en nuestro sitio web en [www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/find-provider](http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/find-provider) para obtener una lista completa de los PCP y otros proveedores participantes en su área.

**Proceso para obtener una autorización previa**

En algunos casos, es posible que su PCP u otro proveedor deba obtener una aprobación por adelantado por parte de nuestro Departamento de Administración Médica para algunos tipos de servicios o pruebas que reciba dentro de la red (esto se denomina obtener una "autorización previa"). La obtención de la autorización previa es responsabilidad del PCP o del proveedor tratante. Los servicios y productos que requieren autorización previa se detallan en la *Tabla de beneficios* de la Sección 2.1 del Capítulo 4.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor

### **Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**

puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe por enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación en el que se explique que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.

Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de esta *Evidencia de cobertura* para obtener ayuda para seleccionar un PCP nuevo o para identificar a otros proveedores participantes. También puede buscar a los proveedores participantes en el *Directorio de proveedores y farmacias* o en línea en nuestro sitio web en [www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/find-provider](http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/find-provider).

#### **Sección 2.4      Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red**

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

- El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y saber lo que significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.

## Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si necesita recibir atención médica que Medicare o NJ FamilyCare (Medicaid) exige que nuestro plan le cubra y los proveedores de la red no pueden prestar, puede obtener dicha atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de recibir la atención. Su PCP u otro proveedor de la red se comunicará con nosotros para obtener la autorización para que pueda consultar a un proveedor fuera de la red.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan.
- Usted puede recibir servicios de planificación familiar a través de proveedores fuera de la red. En estos casos, los servicios quedarán cubiertos directamente mediante el pago por servicio de Medicaid.

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

---

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

---

<b>Sección 3.1      <b>Cómo puede obtener atención ante una emergencia médica</b></b>
---

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

Una **“emergencia médica”** se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercanos. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP.

- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado a nuestro plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Simplemente llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación.

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

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

Nuestro plan también cubre los servicios de emergencia y urgencia a nivel mundial fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones: servicios de emergencia, incluida la atención de emergencia o urgencia, y el transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los procedimientos optativos o programados con antelación no están cubiertos. Para obtener más información sobre dicha cobertura, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

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

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

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

## Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

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

### Sección 3.2      Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios

#### ¿Qué son los “servicios de urgencia”?

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

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

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

Si necesita encontrar un centro de atención de urgencia, puede encontrar un centro de estas características dentro de la red que esté cerca suyo en el *Directorio de proveedores y farmacias*, en nuestro sitio web en [www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/find-provider](http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/find-provider) o puede obtener ayuda del Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará los números de teléfono).

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

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

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y urgencia a nivel mundial fuera de los Estados Unidos en las siguientes situaciones: servicios de emergencia, incluida

## **Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**

la atención de emergencia o urgencia, y el transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte hacia los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los procedimientos optativos o programados con antelación no están cubiertos.

### **Sección 3.3      Cómo obtener atención durante un desastre**

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

Visite el siguiente sitio web [www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp](http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp) para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

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

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

### **Sección 4.1      Puede pedirnos que paguemos por los servicios cubiertos**

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

### **Sección 4.2      ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?**

*Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)* cubre todos los servicios médicos que sean médicamente necesarios. Estos servicios se detallan en la Tabla de beneficios del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto), y se reciben de acuerdo con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba.

### **Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**

También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

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

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

---

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

---

<b>Sección 5.1                    ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?</b>
--

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

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

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan

y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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

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

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

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

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

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

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

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

### Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

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

#### ¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?</b>
--------------------	---

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

<b>Sección 6.2</b>	<b>Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica</b>
--------------------	---

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

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

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

- El centro que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se ofrecen en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a la atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - Y debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro o, de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

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

<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Normas para la posesión de equipo médico duradero</b>
------------------	--

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

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas,

## Capítulo 3. **Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos**

suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

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

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

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

Si realizó menos de 13 pagos por el producto de DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Para convertirse en propietario del producto, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de volver a Original Medicare. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

---

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

---

<b>Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?</b>
--

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

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

---

Si abandona *Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)* o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, este debe devolverse al propietario.

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

El costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es de \$0 cada vez que obtenga servicios.

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

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

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

## **CAPÍTULO 4**

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

---

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cómo comprender los servicios cubiertos.....</b>	<b>59</b>
Sección 1.1	Usted no paga nada por los servicios cubiertos .....	59
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Utilice la <i>Tabla de beneficios</i> para saber qué es lo que está cubierto .....</b>	<b>60</b>
Sección 2.1	Sus beneficios médicos, de atención a largo plazo y basados en el hogar y en la comunidad como miembro del plan.....	60
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? .....</b>	<b>128</b>
Sección 3.1	Servicios que no están cubiertos por el plan (exclusiones) .....	128

Para apoyarlos a su familia y a usted, y para ayudar a evitar la propagación de la COVID-19, Aetna está ofreciendo pruebas de diagnóstico de COVID-19 a \$0 durante el año completo del plan, independientemente de si vive en un área que haya declarado en emergencia de salud pública por COVID-19 o no.

Si vive en un área que haya declarado en emergencia de salud pública por COVID-19, Aetna cubrirá los beneficios adicionales descritos a continuación, que varían según los beneficios cubiertos estándar de su plan. (Consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 para conocer sus beneficios cubiertos). Para obtener más información, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

- Su plan cubre servicios psiquiátricos y de salud mental (sesiones grupales e individuales) proporcionados por telesalud, durante el transcurso de la emergencia de salud pública.
- Si se le diagnostica COVID-19 durante la emergencia de salud pública, será elegible para recibir un paquete de suministros determinados y aprobados por el plan para asistirlo en su recuperación y abordar cualquier otra recomendación clínica apropiada al momento del diagnóstico.

Nota: Las consultas de telesalud no cubiertas por Original Medicare requieren que vea a un proveedor de la red. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.

---

## **SECCIÓN 1      Cómo comprender los servicios cubiertos**

---

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

<b>Sección 1.1      Usted no paga nada por los servicios cubiertos</b>
--

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

---



---

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


---

<b>Sección 2.1</b>	<b>Sus beneficios médicos, de atención a largo plazo y basados en el hogar y en la comunidad como miembro del plan</b>
--------------------	--

La Tabla de beneficios en las páginas siguientes describe los servicios cubiertos por *Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)*. Los servicios que figuran en la Tabla de beneficios están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubren Medicare y Medicaid deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. En el Capítulo 3, se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un PCP que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios están cubiertos *solo* si el médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos con receta. Medicaid cubre el costo compartido por los servicios de Medicare, incluidos el coseguro, los copagos y los deducibles. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo, medicamentos de venta libre, servicios basados en el hogar y la comunidad, servicios dentales integrales y audífonos.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2021* (Medicare y usted para 2021). Puede verlo por Internet en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o pedir una copia

llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Nuestro plan cubre todos sus beneficios de Medicare y Medicaid sin costo para usted. Tenemos un único paquete de beneficios integrados que incluye sus beneficios de Medicare (incluidos los medicamentos con receta de la Parte D) y sus beneficios de Medicaid junto con otros beneficios complementarios que los planes comunes de Medicare y Medicaid no cubren. La Tabla de beneficios en esta sección enumera todos estos beneficios en un solo lugar para su conveniencia.
- Si se encuentra dentro del periodo de 6 meses de elegibilidad continua estimada de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, es posible que los beneficios que sean solo de Medicaid no estén cubiertos por nuestro plan. Para averiguar si un beneficio es únicamente de Medicaid o para saber si estará cubierto, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en la contratapa de este folleto. Todos sus servicios de Medicare, incluidos los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare seguirán estando cubiertos con un costo compartido de \$0 (sin copagos, coseguro ni deducibles) durante el periodo de elegibilidad continua estimada.

Información importante sobre beneficios para los inscritos con afecciones crónicas:

- Si le diagnostican las afecciones crónicas que se detallan más abajo y cumple determinados criterios, podría ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas.
  - Dependencia crónica al alcohol u otras drogas
  - Los trastornos autoinmunitarios se limitan a los siguientes:
    - Panarteritis nodular
    - Polimialgia reumática
    - Polimiositis
    - Artritis reumatoidea
    - Lupus eritematoso sistémico

- 
- Cáncer, excluidas las afecciones precancerosas o localizado
  - Los trastornos cardiovasculares se limitan a los siguientes:
    - Arritmias cardíacas
    - Enfermedad de las arterias coronarias
    - Enfermedad vascular periférica
    - Trastorno tromboembólico venoso crónico
  - Insuficiencia cardíaca crónica
  - Demencia
  - Diabetes mellitus
  - Enfermedad hepática terminal
  - Enfermedad renal terminal (ESRD) que requiere diálisis
  - Los trastornos hematológicos graves se limitan a los siguientes:
    - Anemia aplásica
    - Hemofilia
    - Púrpura trombocitopénica inmunitaria
    - Síndrome mielodisplásico
    - Anemia drepanocítica (excepto rasgo drepanocítico)
    - Trastorno tromboembólico venoso crónico
  - VIH/SIDA
  - Los trastornos pulmonares crónicos se limitan a los siguientes:
    - Asma
    - Bronquitis crónica
    - Enfisema
    - Fibrosis pulmonar
    - Hipertensión pulmonar
  - Las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes se limitan a las siguientes:
    - Trastornos bipolares
    - Trastornos depresivos graves
  - Trastorno paranoide
    - Esquizofrenia

- Trastorno esquizoafectivo
- Los trastornos neurológicos se limitan a los siguientes:
  - Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
  - Epilepsia
  - Parálisis extendida (p. ej., hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)
  - Enfermedad de Huntington
  - Esclerosis múltiple
  - Enfermedad de Parkinson
  - Polineuropatía
  - Estenosis espinal
  - Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular
- Accidentes cerebrovasculares

Su equipo de atención de Aetna determinará su elegibilidad para este beneficio, lo incluirá como parte de su plan de atención y trabajará con usted para coordinarlo.

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

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

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

### Tabla de beneficios

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> <b>Prueba de detección de aneurisma aórticoabdominal</b></p> <p>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p><b>Acupuntura</b></p> <p>Cubierta para todos los miembros.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan.</li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</li> </ul> <p><b>Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia vía aeronave de ala fija (avión).</b></p>	
<p><b>Examen físico de rutina anual</b></p> <p>El examen físico de rutina anual es un examen físico exhaustivo que incluye una recopilación de antecedentes médicos y también puede incluir cualquiera de los siguientes: signos vitales, observación del aspecto general, examen de cabeza y cuello, examen de corazón y pulmón, examen abdominal, examen neurológico, examen dermatológico y examen de las extremidades. La cobertura de este beneficio no cubierto por Medicare se agrega a la consulta de bienestar anual cubierta por Medicare y a la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>Puede programar su examen físico de rutina anual una vez por año calendario.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los análisis preventivos, las pruebas de detección o las pruebas de diagnóstico que se realicen durante esta consulta dependen de su cobertura de laboratorio y pruebas de diagnóstico. Consulte la sección <b>“Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos”</b> para obtener más información.</p>	
<p> <b>Consulta anual de bienestar</b></p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota:</b> Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p><b>Servicios para el autismo</b></p> <p>Solo está cubierta para los miembros menores de 21 años con Trastorno del espectro autista.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapias ocupacional y del habla, servicios y dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa, servicios de integración sensorial y tratamiento para Análisis Conductual Aplicado (ABA).</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p> <b>Medición de la masa ósea</b></p> <p>Para las personas calificadas (por lo general, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años.</li> <li>• Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más.</li> <li>• Exámenes clínicos de mamas una vez cada 12 meses.</li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> <b>Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</b></p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p> <b>Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) están cubiertos anualmente para todos los miembros de 20 años de edad o más, y más frecuentemente cuando esto es médicamente necesario.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 12 meses.</li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.</li> <li>• Servicios de laboratorio clínico, determinados suministros médicos, equipo médico duradero, órtesis prefabricadas, servicios de fisioterapia y servicios radiológicos de diagnóstico cuando los receta un quiropráctico dentro del ámbito de su práctica médica.</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses</li> </ul> <p>Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba Guaiac de sangre oculta en las heces fecales (gFOBT)</li> <li>• Prueba inmunoquímica fecal (FIT)</li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p>Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses.</li> </ul> <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.</li> </ul>	
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>Cubrimos servicios de diagnóstico, preventivos, restaurativos, de endodoncia, periodontales, protésicos, y de cirugía bucal y maxilofacial, al igual que otros servicios generales complementarios.</p> <p>Algunos procedimientos posiblemente requieran autorización previa con documentación de necesidad médica. Se permiten los servicios de ortodoncia para niños, y están restringidos por edad y solo se aprueban con la documentación adecuada de una maloclusión que produce una discapacidad o de necesidad médica.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p>Ejemplos de servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: evaluaciones (exámenes) buscales, radiografías y otras imágenes de diagnóstico, limpieza dental (profilaxis), tratamientos tópicos con flúor, empastes, coronas, tratamiento de conducto, raspado y pulido radicular, dentaduras completas y parciales, procedimientos quirúrgicos en la boca (incluyen extracciones), anestesia intravenosa/sedación (cuando sea médicamente necesaria para procedimientos quirúrgicos en la boca).</p> <p>Los exámenes dentales, las limpiezas, el tratamiento con flúor y cualquier radiografía necesaria están cubiertos dos veces por año consecutivo.</p> <p>Se pueden considerar procedimientos adicionales de diagnóstico, preventivos y periodontales designados para los miembros con necesidades de atención médica especiales.</p> <p>El tratamiento dental en un quirófano o centro quirúrgico ambulatorio está cubierto con autorización previa y documentación de necesidad médica.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> <b>Prueba de detección de depresión</b></p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p> <b>Prueba de detección de diabetes</b></p> <p>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles de triglicéridos y colesterol anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p> <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</b></p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.</li> <li>• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.</li> <li>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.</li> </ul>	
<p><b>Cubrimos exclusivamente los suministros para la diabetes fabricados por OneTouch/LifeScan. Cubrimos específicamente los glucómetros y las tiras reactivas de las marcas OneTouch Verio®, OneTouch Ultra® y OneTouch UltraMini®. También cubrimos lancetas, soluciones y dispositivos de punción OneTouch/LifeScan.</b></p>	

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p><b>No cubrimos otras marcas de glucómetros y tiras reactivas, a menos que usted o su proveedor soliciten una excepción médica y se la aprueben. No se cubrirán los glucómetros y las tiras reactivas que no sean de LifeScan y que no tengan una excepción médica, o tengan una excepción médica que no esté aprobada.</b></p> <p><b>Se requiere autorización previa para más de un glucómetro por año y para más de 100 tiras reactivas cada 30 días.</b></p> <p><b>Puede requerirse autorización previa para los zapatos y las plantillas para pacientes diabéticos.</b></p> <p><b>La autorización previa es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	
<p><b>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados</b></p> <p>(En el Capítulo 11 de este folleto, encontrará una definición de “equipo médico duradero”).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p>Cubrimos todo equipo médico duradero que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en <a href="http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/find-provider">www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/find-provider</a></p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y</li> <li>• son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.</li> </ul> <p>Una emergencia médica se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.</p> <p>La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su condición se estabilice, debe recibir la atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p>Los servicios brindados por proveedores fuera de la red están cubiertos directamente por el pago por servicio de Medicaid.</p>	
<p><b>Programa de acondicionamiento físico</b></p> <p>Clases de acondicionamiento físico y membresía en el gimnasio: Tiene cubierta la membresía básica en un centro de acondicionamiento físico SilverSneakers participante. Los kits de acondicionamiento físico para el hogar y las clases en línea también se encuentran disponibles para los miembros que no viven cerca de un club participante o que prefieren ejercitarse en casa. Los miembros pueden solicitar un kit de acondicionamiento físico por año.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p> <b>Programas educativos sobre salud y bienestar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales educativos escritos sobre salud, como los boletines informativos y los sitios web que emite el plan, y la información sobre los recursos de la comunidad.</li> <li>• Línea directa de enfermería disponible las 24 horas: Hable con un enfermero certificado durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para recibir los siguientes servicios:</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p><b>Atención médica a domicilio</b></p> <p>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería especializada o auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios médicos y sociales.</li> <li>• Equipos y suministros médicos.</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><b>Tratamiento de infusión en el hogar</b></p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para llevar a cabo una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulinas), los equipos (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención.</li> <li>• Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero.</li> <li>• Monitoreo remoto.</li> <li>• Servicios de monitoreo para la prestación del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos para infusión en el hogar que brinde un proveedor calificado para este tipo de tratamiento.</li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p><b>Atención en un hospicio</b></p> <p>Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted será elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor.</li> <li>• Cuidados paliativos a corto plazo.</li> <li>• Atención a domicilio.</li> </ul> <p>También cubrimos ciertos equipos médicos duraderos, como así también asesoramiento espiritual y para el duelo. Para los miembros de menos de 21 años, la atención curativa y los cuidados paliativos están cubiertos.</p> <p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, es Original Medicare, y no <i>Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)</i>, quien paga por los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p> <p>Las consultas en un hospicio están incluidas como parte de la atención hospitalaria para pacientes internados.</p>

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

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

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

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangre: incluidos el almacenamiento y la administración. Todos los componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.</li> <li>• Servicios médicos</li> </ul>	<p><b>Nota:</b> Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!” Esta hoja de datos se encuentra disponible en <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>

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

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p><b>Beneficio de comidas</b></p> <p>El beneficio de comidas cubre hasta 28 comidas dentro de un período de 14 días.</p> <p>Después del alta de un hospital de cuidados agudos o un hospital psiquiátrico para pacientes internados, es posible que sea elegible para recibir comidas para ayudarlo a recuperarse de las lesiones o tratar sus afecciones médicas. Para tener cobertura, un proveedor de atención médica autorizado o su administrador de atención deben pedir dichas comidas y puede que no sea solo a fines de conveniencia o comodidad. Las comidas se entregarán en su domicilio.</p> <p>Nota: Las hospitalizaciones para observación no lo hacen elegible para recibir este beneficio.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible para las comidas cubiertas.</p>
<p><b>Atención médica diurna</b></p> <p>La atención médica diurna cubre servicios preventivos, terapéuticos, de diagnóstico y de rehabilitación bajo la supervisión de médicos y enfermeros en un entorno de atención ambulatoria y se brinda para satisfacer las necesidades de las personas que tienen discapacidades físicas o cognitivas con el fin de apoyar la vida en la comunidad.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia</li> <li>• Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano</li> <li>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento</li> <li>• Antígenos</li> <li>• Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas</li> <li>• Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa)</li> <li>• Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias</li> </ul>	<p>El siguiente enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado:  <a href="http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary">www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary</a>.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para las recetas.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	
<p> <b>Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua</b></p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p><b>Servicios del programa de tratamiento del consumo de opioides</b></p> <p>La Parte B de Original Medicare cubre los servicios de tratamiento para el trastorno relacionado con el consumo de opioides. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y el suministro y la administración de dichos medicamentos, de corresponder</li> <li>• Asesoramiento para desórdenes por el consumo de sustancias</li> <li>• Terapia individual y grupal</li> <li>• Análisis de toxicología</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	
<p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías.</li> <li>• Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros.</li> <li>• Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes.</li> <li>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.</li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de laboratorio.</li> <li>• Sangre: incluidos el almacenamiento y la administración. Todos los componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.</li> <li>• Otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos.</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	
<p><b>Observación hospitalaria para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos que se ofrecen para determinar si usted necesita que lo ingresen como paciente internado o si le pueden dar el alta.</p> <p>Para que se cubran servicios de observación hospitalaria para pacientes externos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se ofrecen a través de la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los reglamentos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes externos.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p>Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!" Esta hoja de datos se encuentra disponible en el sitio web en <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b></p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!” Esta hoja de datos se encuentra disponible en el sitio web en <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o puede obtenerla llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	
<p><b>Atención de salud mental para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. Los servicios provistos por una Red de practicantes independientes (IPN) (psiquiatras, psicólogos o APN) también están cubiertos.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

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

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	
<p><b>Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</b></p> <p><b>Nota:</b> Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p><b>Productos de venta libre (OTC)</b></p> <p>El plan paga \$210 cada tres meses para la compra de productos de venta libre (OTC) cubiertos. Puede solicitar productos del catálogo de productos OTC, siempre y cuando el precio total de compra sea igual o inferior a \$210.</p>	<p>No se requiere ningún coseguro, copago ni deducible para los productos de venta libre cubiertos (con un beneficio máximo de hasta \$210 cada tres meses).</p> <p>El plan paga hasta \$210 cada tres meses por los productos de venta libre (OTC).</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p>Este plan cuenta con una asignación trimestral para medicamentos y suministros de venta libre (OTC). Para obtener una lista completa de los productos cubiertos, consulte el catálogo de productos de venta libre (OTC).</p>	
<p>Puede hacer hasta tres pedidos por trimestre, los cuales tienen un límite de nueve (9) productos similares por trimestre (cada tres meses), con la excepción de tensiómetros, que tienen un límite de uno por año. Los pedidos no pueden superar su asignación trimestral. La asignación no utilizada no se transferirá al trimestre siguiente.</p>	
<p><b>En caso de superar el monto de su asignación, usted no puede pagar la diferencia de su bolsillo.</b></p>	
<p>Proveedor de OTC: CVS</p>	
<p>Podrá pedir los productos por teléfono al 1-833-331-1573 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 08:00 p. m., hora local, o en línea en <a href="https://www.cvs.com/otchs/myorder">https://www.cvs.com/otchs/myorder</a> para que se le envíen a su domicilio. Puede hacer pedidos en línea durante las 24 horas, los 7 días de la semana (24/7). Los productos solicitados son solo para los inscritos.</p>	
<p>También podrá obtener los productos en las sucursales minoristas de CVS participantes y seleccionadas. Puede usar el localizador de tiendas en <a href="https://www.cvs.com/otchs/myorder/storelocator">https://www.cvs.com/otchs/myorder/storelocator</a> para buscar una tienda participante cerca de usted.</p>	

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p><b>Asistencia de atención personal (PCA)</b></p> <p>Cubre tareas relacionadas con la salud llevadas a cabo en el domicilio del beneficiario por una persona calificada bajo la supervisión de un profesional en enfermería certificado, según la certificación de un médico de acuerdo con el plan de atención por escrito del beneficiario.</p> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p><b>Sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias</b></p> <p>Cubrimos un sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias que le proporciona acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a ayuda en caso de emergencia. Este beneficio incluye el equipo (particular o móvil con GPS), envío, cumplimiento, monitoreo y el Departamento de Servicios para Miembros.</p> <p>Puede llamar a LifeStation a este número gratuito: (855) 798-9948 para inscribirse.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>
<p><b>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, clínicas de admisiones sin cita previa, centros quirúrgicos ambulatorios certificados, un departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación</li> <li>• Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.</li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.</li><li>• Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Servicios de médicos de atención primaria.</li><li>○ Servicios de salud mental (sesiones individuales).</li><li>○ Servicios de salud mental (sesiones grupales).</li><li>○ Servicios psiquiátricos (sesiones individuales).</li><li>○ Servicios psiquiátricos (sesiones grupales).</li><li>○ Servicios de urgencia.</li><li>○ La cobertura de telesalud descrita arriba es complementaria a los servicios de telesalud que se describen a continuación.</li><li>○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe recurrir a un proveedor de la red que ofrezca servicios de telesalud.</li></ul></li></ul>	

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Los miembros deben comunicarse con su médico para obtener más información sobre qué servicios de telesalud ofrece y cómo programar una consulta de telesalud. Los miembros también tienen la opción de programar una consulta por video con MinuteClinic. Los miembros pueden verificar si estas consultas están disponibles en su área en <a href="http://www.cvs.com/minuteclinic/virtual-care/video-visit">www.cvs.com/minuteclinic/virtual-care/video-visit</a>.</li><li>● Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud para pacientes en ciertas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare</li><li>● Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros que se realizan diálisis en el hogar, en una clínica para diálisis renal de un hospital o de un hospital con acceso crítico, centro para diálisis renal o el hogar del miembro</li><li>● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular</li></ul>	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5 a 10 minutos <b>si</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no es un paciente nuevo.</li> <li>○ El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días.</li> <li>○ El control no resulta en una visita al consultorio dentro de 24 horas ni en la cita disponible más pronto.</li> </ul> </li> <li>• Evaluación del video o las imágenes que usted envía a su médico, y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas <b>si</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Usted no es un paciente nuevo.</li> <li>○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días.</li> <li>○ La evaluación no resulta en una visita al consultorio dentro de 24 horas ni a la cita disponible más pronto.</li> </ul> </li> <li>• Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o mediante su historia clínica electrónica si usted es un paciente regular</li> <li>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.</li> </ul>	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</b></p> <p><u>Tarjeta para alimentos saludables</u></p> <p>Si le diagnostican una afección crónica médicamente compleja, incluidas las indicadas más abajo, podría ser elegible para recibir una Tarjeta para alimentos saludables.</p> <p>La Tarjeta para alimentos saludables es una tarjeta de beneficios con una asignación para comprar alimentos y productos saludables y nutritivos. Los productos aprobados pueden comprarse en ubicaciones aprobadas para ayudarle a los miembros a mantener una dieta saludable que satisfaga sus necesidades nutricionales.</p> <p>Si es elegible para recibir este beneficio, recibirá \$50 por mes.</p> <p>La asignación no utilizada no se transferirá al mes siguiente.</p> <p>Su equipo de atención de Aetna determinará su elegibilidad para este beneficio, lo incluirá como parte de su plan de atención y trabajará con usted para coordinarlo.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Enfermedad renal terminal (ESRD) que requiere diálisis</li><li>○ Los trastornos hematológicos graves se limitan a los siguientes:<ul style="list-style-type: none"><li>■ Anemia aplásica</li><li>■ Hemofilia</li><li>■ Púrpura trombocitopénica inmunitaria</li><li>■ Síndrome mielodisplásico</li><li>■ Anemia drepanocítica (excepto rasgo drepanocítico)</li><li>■ Trastorno tromboembólico venoso crónico</li></ul></li><li>○ VIH/SIDA</li><li>○ Los trastornos pulmonares crónicos se limitan a los siguientes:<ul style="list-style-type: none"><li>■ Asma</li><li>■ Bronquitis crónica</li><li>■ Enfisema</li><li>■ Fibrosis pulmonar</li><li>■ Hipertensión pulmonar</li></ul></li></ul>	

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Las afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes se limitan a las siguientes:<ul style="list-style-type: none"><li>■ Trastornos bipolares</li><li>■ Trastornos depresivos graves</li><li>■ Trastorno paranoide</li><li>■ Esquizofrenia</li><li>■ Trastorno esquizoafectivo</li></ul></li><li>○ Los trastornos neurológicos se limitan a los siguientes:<ul style="list-style-type: none"><li>■ Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)</li><li>■ Epilepsia</li><li>■ Parálisis extendida (p. ej., hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)</li><li>■ Enfermedad de Huntington</li><li>■ Esclerosis múltiple</li><li>■ Enfermedad de Parkinson</li><li>■ Polineuropatía</li><li>■ Estenosis espinal</li></ul></li></ul>	

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular</li> </ul> </li> <li>○ Accidentes cerebrovasculares</li> </ul>	
<p><b>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</b></p> <p>La SET está cubierta para miembros que tengan enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y tengan una remisión para la PAD del médico responsable del tratamiento de la enfermedad.</p> <p>La cobertura incluye hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, siempre y cuando se cumplan los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe tener las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Incluir sesiones de entre 30 y 60 minutos, compuestas por un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación.</li> <li>● Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio médico.</li> <li>● Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en terapia de ejercicio para la PAD.</li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o profesional en enfermería/enfermero clínico especialista capacitado tanto en técnicas de reanimación básicas como avanzadas.</li> </ul> <p>El programa de SET se debe llevar a cabo en 36 sesiones, durante 12 semanas, con la posibilidad de extender el tratamiento por 36 sesiones durante un período prolongado si el proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.</p>	
<p><b>Servicios de transporte (para casos que no sean de emergencia)</b></p> <p>El transporte que no sea de emergencia, como los vehículos de asistencia con la movilidad (MAV), ambulancia de soporte vital básico (SVB) que no sea de emergencia (camilla) y servicios de transporte de vehículos de alquiler (como pasajes o pases de autobús y tren, o servicios de vehículos y reembolso de millas), está cubierto directamente por el pago por servicio de Medicaid.</p> <p>Todo el transporte que no sea de emergencia se organiza a través del proveedor de transporte del estado, LogistiCare. Para programar el transporte, llame a LogistiCare al 1-866-527-9933. Puede pedirle a su PCP o a su administrador de atención que le ayuden a coordinar este servicio. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<p><b>Servicios de urgencia</b></p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.</p> <p>Los servicios de urgencia están cubiertos en todo el mundo.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de urgencia en los Estados Unidos.</p> <p>No se requieren coseguro, copago ni deducible por cada consulta de atención de urgencia en el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos).</p>
<p> <b>Atención de la vista</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluidos un examen completo de la vista al año y el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad.</li> </ul>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que debe pagar</b> cuando recibe estos <i>servicios</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. Todos los demás miembros de 35 años de edad o más tienen una prueba de detección de glaucoma cubierta cada cinco años.</li><li>• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.</li><li>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).</li><li>• Los servicios de optometristas y aparatos ópticos, incluidos ojos artificiales, dispositivos para visión reducida, dispositivos de entrenamiento de la vista y lentes intraoculares, están cubiertos.</li></ul>	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las lentes y marcos (o lentes de contacto) de reemplazo están cubiertos una vez cada 24 meses para los beneficiarios de 19 a 59 años de edad, y una vez al año para aquellos de 18 años o menos y para aquellos de 60 años o más.</li> </ul> <p><b>Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad de su proveedor.</b></p>	
<p> <b>Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”</b></p> <p>El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p><b>Importante:</b> Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No se requieren coseguro, copago ni deducible.</p>

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

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

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

No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. La única excepción es: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 8 de este folleto).

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

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	<b>Cubiertos solo en situaciones específicas</b>
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Los productos y procedimientos experimentales son aquellos productos y procedimientos que tanto nuestro plan como Original Medicare consideran que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	<b>Cubiertos solo en situaciones específicas</b>
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.		✓ La atención de enfermería privada está cubierta para miembros con EPSDT o MLTSS.
*El cuidado asistencial es la atención brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o de enfermería especializada.		✓ Cubierto por el plan para aquellos miembros que cumplen los requisitos de atención a nivel de un centro de atención de enfermería.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.		✓ Los servicios de ayuda doméstica están cubiertos para los miembros con MLTSS.
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.	✓	

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	<b>Cubiertos solo en situaciones específicas</b>
Cirugía o procedimientos estéticos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado.</li> <li>• Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.</li> </ul>
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>El plan proporciona una cobertura integral para los servicios dentales, incluida la atención dental de rutina como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.</p>
Atención dental que no es de rutina.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.</p>

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	<b>Cubiertos solo en situaciones específicas</b>
Atención de quiropráctica de rutina.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. La cobertura del plan incluye servicios como servicios de laboratorio clínico, determinados suministros médicos, equipo médico duradero, órtesis prefabricadas, servicios de fisioterapia y servicios radiológicos de diagnóstico cuando los receta un quiropráctico dentro del ámbito de su práctica médica.</p>
Cuidado de rutina de los pies.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se proporciona cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes). El plan también cubre exámenes de rutina.</p>
Entrega de comidas a domicilio		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Los servicios de entrega de comidas a domicilio están cubiertos para los miembros con MLTSS.</p>

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	<b>Cubiertos solo en situaciones específicas</b>
Zapatos ortopédicos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubren si los zapatos forman parte de una pierna ortopédica y se incluyen en el costo de la pierna, o si los zapatos son para una persona que padece pie diabético.</p>
Dispositivos de apoyo para los pies.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.</p>
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para la colocación de audífonos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>El plan provee cobertura para exámenes auditivos de rutina, audífonos y exámenes para la colocación de audífonos.</p>
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contactos) para personas después de una cirugía de cataratas.</p>
Procedimientos para invertir la esterilización y suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	
Acupuntura.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubierta para todos los miembros.</p>

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>No cubiertos en ninguna situación</b>	<b>Cubiertos solo en situaciones específicas</b>
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	

\*El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.

## **CAPÍTULO 5**

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

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

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>139</b>
Sección 1.1	En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D .....	139
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D .....	140
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....</b>	<b>140</b>
Sección 2.1	Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red .....	140
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red .....	141
Sección 2.3	Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan .....	142
Sección 2.4	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo .....	144
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan? .....	144
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan .....</b>	<b>146</b>
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos .....	146
Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? .....	147
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos .....</b>	<b>147</b>
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? .....	147
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?.....	148
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? .....	149

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

---

<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? .....</b>	<b>149</b>
Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera .....	149
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? .....	150
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>¿Qué sucede si cambia la cobertura de alguno de sus medicamentos? .....</b>	<b>152</b>
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año .....	152
Sección 6.2	¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura de un medicamento que está tomando?.....	153
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>¿Qué tipos de medicamentos no cubre el plan?.....</b>	<b>155</b>
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	155
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Muestre su tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta .....</b>	<b>156</b>
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de miembro del plan.....	156
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?.....	157
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....</b>	<b>157</b>
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía? .....	157
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?.....	157
Sección 9.3	¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?.....	158
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos .....</b>	<b>159</b>
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura .....	159
Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides .....	159

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

---

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos .....	160
<b>SECCIÓN 11 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos .</b>	<b>161</b>
Sección 11.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”).....	161
Sección 11.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos .....	162

**¿Cómo puede obtener información sobre los costos de los medicamentos?**

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

**SECCIÓN 1                    Introducción****Sección 1.1                    En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D**

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

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

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

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

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

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

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona que emite recetas) que escriba su receta.
- La persona que le da la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que demuestre que está calificada para escribir recetas. De lo contrario, se denegará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que la llame o la visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que a la persona que le da la receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada).

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

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

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

cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

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

<b>Sección 2.2</b>	<b>Cómo encontrar farmacias de la red</b>
--------------------	---

### **Cómo encuentra una farmacia de la red en su área**

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

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

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

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

### **¿Y si necesita una farmacia especializada?**

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad

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

para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud Indígena (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

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

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

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

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un **suministro de 90 días como máximo**.

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

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 10 días como máximo. En la situación poco probable de que haya una demora significativa en el envío de su medicamento con receta de pedido por correo, nuestro servicio de pedido por correo trabajará con usted y una farmacia de la red para brindarle el suministro temporal de sus medicamentos con receta de pedido por correo.

**Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.** La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

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

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- O se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento al llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en su tarjeta de identificación de miembro).

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

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

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

**Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo.** Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. De acuerdo con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que está cerca de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado. Si no desea utilizar nuestro programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia con 15 días de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene disponibles se le acabarán para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

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

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

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

### Sección 2.4      **Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo**

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

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de proveedores y farmacias* se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
2. Para determinados tipos de medicamentos, 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” (MO)** en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de 90 días como máximo. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

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

#### **En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto**

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

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

continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

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

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

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

### Cómo solicitar un reembolso al plan

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total en el momento en que obtiene los medicamentos con receta. Puede solicitarnos un reembolso. (En la Sección 2.1 del Capítulo 6, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

---

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

---

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

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

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

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

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

- Esté aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos. (Es decir que la FDA aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).
- *O bien*, con el respaldo de ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

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

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

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

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

Hay tres formas de averiguarlo:

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

## SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

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

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

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

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos**

**el medicamento.** Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 8).

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

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

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

#### **Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible**

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si el proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico o nos ha informado el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le harán efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca.

#### **Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado**

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

#### **Cómo probar un medicamento diferente primero**

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos pero igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A cuesta menos, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A

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

no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **“tratamiento escalonado”**.

### Límites de cantidades

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

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

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

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

#### SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

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

Esperamos que su cobertura para medicamentos funcione bien para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.

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

- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, le podrían pedir que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar. También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.

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

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

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

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

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

### **Puede obtener un suministro temporal**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Puede solicitar una excepción**

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

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

---

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

---

<b>Sección 6.1</b>	<b>La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año</b>
--------------------	--

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizás el gobierno haya autorizado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo.

O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.

- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

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

### **Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos**

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

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

Cambios que pueden afectarlo este año. En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año actual:

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

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

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

Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 (Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]).

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

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

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

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

#### Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

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

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.

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

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

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

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

---

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

---

<b>Sección 8.1                    Muestre su tarjeta de miembro del plan</b>
--

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

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

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

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Puede **solicitarnos un reembolso.** Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 6 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

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

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

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

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

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

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un suministro máximo

de 31 días, o menos si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido). Si ha estado inscrito en el plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o si el plan ha impuesto algún tipo de restricción respecto de la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, o menos si su receta está indicada para menos días.

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

<b>Sección 9.3</b>	<b>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</b>
--------------------	---

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

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

---

**SECCIÓN 10                    Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos**

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 8.

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

<b>Sección 10.3</b>	<b>Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos</b>
---------------------	---

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los

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

medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM).

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

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

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

---

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

---

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

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se lo denomina costo **“que paga de su bolsillo”**.
- Llevamos un registro de sus **“costos totales de los medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

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

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

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará aumentos de porcentajes acumulativos para cada reclamación de medicamentos con receta.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague por el costo del medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 6 de este folleto). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:

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

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

## **CAPÍTULO 6**

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

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

---

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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos .....</b>	<b>166</b>
Sección 1.1	Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso.....	166
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió...</b>	<b>168</b>
Sección 2.1	Cómo y adónde debe enviarnos su solicitud de pago.....	168
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....</b>	<b>169</b>
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento.....	169
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos por el medicamento o la atención médica, usted puede presentar una apelación .....	170

---

**SECCIÓN 1                      Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos**

---

<b>Sección 1.1                      Si usted paga los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso</b>
--

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan.**

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

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

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

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

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

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si

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

la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso.

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

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

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

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

---

## **SECCIÓN 2                      Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibí**

---

<b>Sección 2.1                      Cómo y adónde debe enviarnos su solicitud de pago</b>
---

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

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web ([www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp](http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp)) o llame al Departamento de

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

Servicios para Miembros y pida el formulario. (En la contraportada de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).

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

### **Aetna Better Health of New Jersey**

7400 W Campus Rd  
New Albany, OH 43054

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

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

### **Aetna Better Health of New Jersey**

PO Box 52446  
Phoenix, AZ 85072-2446

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

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

---

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

---

<b>Sección 3.1                      Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento</b>
--

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos por el servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso. Si aún no ha pagado por el servicio o el

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

medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).

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

**Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos por el medicamento o la atención médica, usted puede presentar una apelación**

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

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

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

## **CAPÍTULO 7**

### ***Sus derechos y responsabilidades***

**Capítulo 7. Sus derechos y responsabilidades**

**SECCIÓN 1      Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan .... 173**

    Sección 1.1    Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos del inglés, en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.) .....173

**Section 1.1    We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.) ..... 173**

    Sección 1.2    Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos..... 174

    Sección 1.3    Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud ..... 174

    Sección 1.4    Debemos proporcionarle información acerca del plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos .....180

    Sección 1.5    Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.....182

    Sección 1.6    Usted tiene derecho a presentar reclamos y a pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado..... 184

    Sección 1.7    ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? .....185

    Sección 1.8    Cómo obtener más información sobre sus derechos.....185

**SECCIÓN 2      Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan ..... 186**

    Sección 2.1    ¿Cuáles son sus responsabilidades?.....186

**SECCIÓN 1      Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan****Sección 1.1      Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted (en idiomas distintos del inglés, en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)**

Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros con discapacidades o que no hablan inglés. Muchos documentos también están disponibles en español.

También podemos ofrecerle información en Braille, en letra grande, u otros formatos alternativos sin costo alguno, si lo necesita. Tenemos que brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, por favor llame para presentar una queja con el departamento de Servicios al Cliente al número que se encuentra en la parte posterior de este folleto. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o en este envío, o puede ponerse en contacto con Servicios al Cliente para obtener información adicional.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

### **Cómo protegemos la privacidad de su información de salud**

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

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

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

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

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



### **Aviso sobre prácticas de privacidad**

**Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a esta información.  
Revíselo detenidamente.**

Este aviso entra en vigencia el 1 de octubre de 2020.

#### **A qué nos referimos cuando decimos “información de salud” <sup>[1]</sup>**

Empleamos la frase “información de salud” cuando nos referimos a información que lo identifica. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Atención médica que recibió.
- Montos que pagó por la atención.

#### **Cómo utilizamos y compartimos su información de salud**

**Para ayudar a cuidarlo:** Podemos utilizar su información de salud para ayudar con su atención médica. También la utilizamos para decidir qué servicios están cubiertos por sus beneficios. Podemos decirle qué servicios puede obtener, que pueden ser controles o exámenes médicos. También podemos recordarle sus citas. Podemos compartir su información de salud con otras personas que le brindan atención, como médicos o farmacias. Si ya no forma parte de nuestro plan, con su autorización, le daremos su información de salud al nuevo médico.

**Familiares y amigos:** Podemos compartir su información de salud con alguien que lo ayude. Es posible que estas personas lo ayuden con su atención o a pagar por ella. Por ejemplo, si usted sufre un accidente, es posible que necesitemos hablar con una de esas personas. Si usted no desea que divulguemos su información de salud, llámenos.

Si usted es menor de dieciocho años y no desea que divulguemos su información de salud a sus padres, llámenos. Podemos brindar ayuda en algunos casos si lo permite la ley estatal.

**Para el pago:** Es posible que les brindemos su información de salud a las personas que pagan su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamación que incluya su información de salud. Además, podemos utilizar su información de salud para controlar la atención que le brinda su médico. También podemos controlar los servicios de salud que usted utiliza.

**Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar su información de salud para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para lo siguiente:

- Promoción de la salud
- Administración de casos
- Mejora de la calidad
- Prevención de fraude
- Prevención de enfermedades
- Asuntos legales

Es posible que un administrador de casos trabaje con su médico. Puede informarle sobre programas o lugares que pueden ayudarlo con su problema de salud. Si usted nos llama para hacernos alguna pregunta, nosotros necesitamos consultar su información de salud para poder darle una respuesta.

### **Cómo compartimos su información con otras empresas**

Es posible que compartamos su información de salud con otras empresas. A esto lo hacemos por los motivos que explicamos anteriormente. Por ejemplo, puede que el transporte esté cubierto en el plan. Entonces, es posible que compartamos su información de salud con los responsables del transporte para ayudarlo a llegar al consultorio del médico. Informaremos si usted está en una silla de ruedas con motor para que envíen una camioneta en vez de un automóvil a buscarlo.

### **Otros motivos por los que podríamos compartir su información de salud**

También es posible que compartamos su información de salud por los siguientes motivos:

- Seguridad pública: para brindar ayuda con asuntos como el abuso infantil y amenazas a la salud pública.

- Investigación: a los investigadores, luego de tomar los recaudos necesarios para proteger su información.
- Socios comerciales: a las personas que nos brindan servicios. Estas prometen mantener la seguridad de su información.
- Reglamentaciones para la industria: a las agencias federales y estatales, que nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.
- Cumplimiento de la ley: al personal responsable del cumplimiento de las leyes federales, estatales y locales.
- Acciones legales: a los tribunales por asuntos legales o demandas.

### **Motivos por los que necesitaremos su autorización escrita**

Excepto en los casos mencionados anteriormente, le pediremos su autorización antes de utilizar o compartir su información de salud. Por ejemplo, le pediremos autorización:

- Por motivos de comercialización que no tienen ninguna relación con su plan de salud.
- Antes de compartir cualquier nota de psicoterapia.
- Para la venta de su información de salud.
- Por otros motivos requeridos por la ley.

Puede retirar su autorización en cualquier momento. Para retirar su autorización, escríbanos. No podemos utilizar ni compartir su información genética cuando tomamos la decisión de brindarle un seguro de salud.

### **Cuáles son sus derechos**

Usted tiene derecho a revisar su información de salud.

- Puede pedirnos una copia de su información de salud.
- Puede solicitar sus registros médicos. Llame al consultorio de su médico o al lugar donde recibió atención.

Usted tiene derecho a solicitarnos que enmendemos su información de salud.

- Puede solicitarnos que enmendemos su información de salud si considera que es incorrecta.
- Si nosotros no estamos de acuerdo con la enmienda que usted solicitó, solicítenos presentar una declaración escrita de desacuerdo.

Tiene derecho a obtener una lista de las personas o los grupos con quienes hemos compartido su información de salud.

Tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted de un modo privado.

- Si considera que el modo en el que nos comunicamos con usted no es lo suficientemente privado, llámenos.
- Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de un modo que sea más privado.

Tiene derecho a solicitarnos que tengamos un cuidado especial en cuanto al modo en que utilizamos o compartimos su información de salud.

- Es posible que utilicemos o compartamos su información de salud del modo en que se describe en este aviso.
- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su información de ese modo. Esto incluye compartir la información con personas que estén involucradas en su atención médica.
- No es necesario que estemos de acuerdo, pero lo consideraremos con detenimiento.

Tiene derecho a saber si se compartió su información de salud sin su autorización.

- Si esto ocurre, se lo informaremos por medio de una carta.

Llámenos gratis al **844-362-0934, (TTY 711)** para lo siguiente:

- Solicitarnos que hagamos algo de lo mencionado antes.
- Solicitarnos una copia impresa de este aviso.
- Hacernos preguntas sobre este aviso.

También tiene derecho a enviarnos un reclamo. Si considera que se han infringido sus derechos, escríbanos a la siguiente dirección:

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).  
Attn: Privacy Officer  
3 Independence Way, Suite 400  
Princeton, NJ 08540-6626

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Llámenos para pedirnos la dirección.

Si usted no está satisfecho y se lo comunica a la Oficina de Derechos Civiles, usted no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No utilizaremos el reclamo en su contra.

### **Cómo protegemos su información**

Protegemos su información de salud con procedimientos específicos, como los siguientes:

- Procedimiento administrativo. Tenemos normas que nos indican cómo usar su información de salud sin importar el formato en que esta se encuentre (escrito, oral o electrónico).
- Procedimiento físico. Su información de salud se guarda en áreas seguras y el acceso a ella está restringido. Protegemos las entradas a nuestras instalaciones y los accesos a nuestras computadoras. Esto nos ayuda a bloquear las entradas no autorizadas.
- Procedimiento técnico. El acceso a su información de salud “está basado en roles”. Esto permite que únicamente las personas que deben hacer su trabajo y brindarle atención puedan acceder a la información.

Cumplimos con todas las leyes federales y estatales para proteger su información de salud.

### **Modificaciones de este aviso**

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información de salud. Debemos cumplir con lo que establece este aviso. También tenemos derecho a efectuar cambios en este aviso. Si lo hacemos, estos se aplicarán a toda su información que tengamos ahora u obtengamos en el futuro. Puede obtener una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web en [www.AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](http://www.AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp).

<b>Sección 1.4</b>	<b>Debemos proporcionarle información acerca del plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos</b>
--------------------	--

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

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

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o visitar nuestro sitio web en [www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp](http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp).
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura, y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
  - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 5 de este folleto y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*. En este capítulo, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se describe qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una

explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.

- Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 8 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 8 también explica cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
- Si quiere pedirle a nuestro plan que pague una factura que recibió en concepto de atención médica o de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 6 de este folleto.

<b>Sección 1.5</b>	<b>Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención</b>
--------------------	---

### **Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica**

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

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

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento

de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le deniega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha denegado la atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 8 de este folleto indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

### **Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo.**

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **“instrucciones anticipadas”**. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados **“testamento vital”** y **“poder de representación para las decisiones de atención médica”** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucciones anticipadas”, para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirles un formulario a su abogado o al asistente social, o puede conseguir uno en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener

formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.

- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como aquella que tome las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas** (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

### ¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar un reclamo ante la agencia estatal que supervisa las instrucciones anticipadas. Para encontrar la agencia adecuada en su estado, comuníquese con su SHIP. La información de contacto está en el **Capítulo 2**.

**Sección 1.6      Usted tiene derecho a presentar reclamos y a pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado**

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 8 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y reclamos. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar un reclamo. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

<b>Sección 1.7</b>	<b>¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?</b>
--------------------	--

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

Si siente que no se lo ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a cuestiones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a su Oficina de Derechos Civiles local.

**¿Se trata de algo diferente?**

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

<b>Sección 1.8</b>	<b>Cómo obtener más información sobre sus derechos</b>
--------------------	--

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

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.

- Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).
- O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## **SECCIÓN 2                    Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

---

<b>Sección 2.1                    ¿Cuáles son sus responsabilidades?</b>
--

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto y las normas a seguir.
  - El Capítulo 5 proporciona más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Llame al Departamento de Servicios para miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este folleto).
  - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare y NJ FamilyCare (Medicaid) para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).

- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporciónelos la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para los miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), NJ FamilyCare (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y su prima de la Parte B.
  - Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 8 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
  - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
  - **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono y el horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo postal, consulte el Capítulo 2.

## **CAPÍTULO 8**

***Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)***

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>193</b>
Sección 1.1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud .....	193
Sección 1.2	Acerca de los términos legales.....	193
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales no relacionadas con nosotros.....</b>	<b>194</b>
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada .....	194
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medicaid de nuestro plan.....</b>	<b>195</b>
<b>PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS.....</b>		<b>195</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Decisiones de cobertura y apelaciones.....</b>	<b>195</b>
Sección 4.1	¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar reclamos?.....	195
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones .....</b>	<b>196</b>
Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general .....	196
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación .....	197
Sección 5.3	¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación? ....	199
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....</b>	<b>199</b>
Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención .....	200
Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) .....	202

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)** 191

---

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan).....	206
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se hace una apelación de Nivel 2 .....	211
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido en concepto de atención médica?.....	217
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....</b>	<b>218</b>
Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D.....	219
Sección 7.2	¿Qué es una excepción? .....	221
Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber acerca del pedido de excepciones	222
Sección 7.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción .....	223
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan).....	227
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 .....	231
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto .....</b>	<b>233</b>
Sección 8.1	Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le explicarán sus derechos.....	234
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital.....	236
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital.....	239
Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?.....	241

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

---

<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto .....</b>	<b>244</b>
Sección 9.1	<i>Esta sección solo trata acerca de tres servicios:</i> Servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).....	244
Sección 9.2	Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura.....	245
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo .....	246
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo .....	248
Sección 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?.....	250
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores.....</b>	<b>253</b>
Sección 10.1	Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos .....	253
Sección 10.2	Apelaciones adicionales de Medicaid .....	255
Sección 10.3	Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D .....	255
<b>SECCIÓN 11</b>	<b>Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el Departamento de Servicios para Miembros u otras inquietudes .....</b>	<b>257</b>
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?.....	257
Sección 11.2	El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja” .....	259
Sección 11.3	Paso a paso: presentación de un reclamo.....	260
Sección 11.4	También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad .....	262
Sección 11.5	También puede informarle a Medicare y Medicaid acerca de su reclamo...	263

---

**SECCIÓN 1                    Introducción**

---

**Sección 1.1                    Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud**

Este capítulo explica los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende del tipo de problema al que se enfrente:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamos**.

Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? La guía de la **Sección 3** le ayudará a identificar el proceso correcto para seguir.

**Sección 1.2                    Acerca de los términos legales**

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar un reclamo” en lugar de “interponer una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación integrada de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que usted sepa los términos legales correspondientes para la situación en la que se encuentra. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión cuando trate un problema y a obtener la ayuda o la información correctas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

---

**SECCIÓN 2                   Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales  
no relacionadas con nosotros**

---

**Sección 2.1               Dónde obtener más información y asistencia personalizada**

---

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

**Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente**

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

**También puede obtener ayuda e información de Medicare**

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

**Puede obtener ayuda e información de Medicaid**

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con NJ FamilyCare (Medicaid) llamando al 1-800-356-1561 (TTY: 711), o visitando el sitio web de NJ FamilyCare (Medicaid) en [www.state.nj.us/humanservices/dmahs/](http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/).

---

**SECCIÓN 3 Explicación de los reclamos y las apelaciones de Medicare y Medicaid de nuestro plan**

---

Usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información en este capítulo es válida para todos sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto a veces se denomina “proceso integrado”, porque combina o integra procesos de Medicare y Medicaid.

En ocasiones, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En dichas situaciones, usted utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un proceso cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo, “Paso a paso: Cómo se hace una apelación de Nivel 2”.

**PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS**

---

**SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar reclamos?</b>
--------------------	---

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre problemas o reclamos relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

---

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare o Medicaid**, utilice esta tabla:

**¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?**

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

**Sí.** Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, “Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

**No.** Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo presentar un reclamo respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Departamento de Servicios para Miembros u otras inquietudes”**.

---

<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y apelaciones</b>
------------------	---

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general</b>
--------------------	--

---

El proceso para la solicitud de una decisión de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, incluidos problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

### **Cómo solicitar decisiones de cobertura**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura de sus servicios médicos y medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él/ella o si su médico de la red lo remite a un especialista.

Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, **si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.**

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no están cubiertos o que ya no tienen cobertura de Medicare ni Medicaid para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

### **Cómo presentar una apelación**

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión rápida de cobertura” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización independiente que no está conectada con nuestro plan.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo comunicaremos.
- En otras situaciones, usted deberá pedirnos una apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

<b>Sección 5.2</b>	<b>Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación</b>
--------------------	--

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- Para **obtener ayuda gratuita de** su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la **Sección 2** de este capítulo).
- **Su médico u otro proveedor de atención médica pueden realizar la solicitud por usted.**
  - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Si su médico u otro proveedor de salud solicitan que un servicio o producto que ya está recibiendo se continúe durante su apelación, **es posible** que deba asignar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas como sus representantes para que puedan tomar decisiones por usted.
- Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, usted **debe** designar a su médico como su representante para que tome decisiones por usted.
- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben ser designados como sus representantes.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor de atención médica, u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp](http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp)). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

<b>Sección 5.3</b>	<b>¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?</b>
--------------------	---

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto”. (Esta sección se aplica solo a estos servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales, como su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) (En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto figuran los números de teléfono para este programa).

---

**SECCIÓN 6**                      **Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**

---



**¿Leyó la Sección 5 de este capítulo “Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.**

<b>Sección 6.1</b>	<b>Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención</b>
--------------------	---

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”. El término “atención médica” incluye productos y servicios médicos y los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas para la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En estos casos, le explicaremos cómo las normas de los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las normas para los productos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desean brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención.
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo (y que estaban cubiertos anteriormente) se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

- **NOTA: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF),** debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:

- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto”. Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).
- Para **todas las demás situaciones** en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (**Sección 6**) como su guía sobre lo que tiene que hacer.

**¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?**

<b>Si está en esta situación:</b>	<b>Esto es lo que puede hacer:</b>
Averiguar si vamos a cubrir la atención médica que usted quiere.	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted.  Vaya a la siguiente sección de este capítulo, <b>Sección 6.2</b> .
Si ya le comunicamos que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una <b>apelación</b> . (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión).  Vaya a la <b>Sección 6.3</b> de este capítulo.
Si le dijimos que interrumpiríamos la cobertura o reduciríamos un servicio médico que recibe actualmente.	Es posible que pueda quedarse con dichos productos o servicios durante la apelación.  Vaya a la <b>Sección 6.3</b> de este capítulo.
Si desea pedirle a nuestro plan que le reembolse la atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura.  Vaya a la <b>Sección 6.5</b> de este capítulo.

<b>Sección 6.2</b>	<b>Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)</b>
--------------------	--

<b>Términos legales</b>
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una <b>“determinación integrada de la organización”</b> .

**Paso 1: Usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”.**

<b>Términos legales</b>
Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una <b>“determinación integrada acelerada”</b> .

***Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea***

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener los detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada **Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica.**

***Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión***

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **La decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en el plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud **de un producto o servicio médicos**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Para una solicitud de un **producto o servicio médicos, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

### *Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”*

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es de un producto o servicio médicos. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.**
  - Para una solicitud de un **producto o servicio médicos, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura **solo** si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica **que aún no ha recibido**.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

(No puede pedir una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que ya ha recibido).

- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo** si la vía de plazos estándares pudiera **poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional**.
- **Si su médico le dice que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
  - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta le informaremos que si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

**Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.**

### ***Plazos límite para una decisión “rápida” de cobertura***

- Normalmente, para una decisión rápida de cobertura sobre una solicitud de un producto o servicio médicos, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **en un plazo de 24 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).

- Si no le damos la respuesta en el plazo de 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o en el plazo de 24 horas si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

### ***Plazos límite para una decisión “estándar” de cobertura***

- Normalmente, para una decisión estándar de cobertura sobre una solicitud de un producto o servicio médicos, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario de haber recibido su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en el plazo de 72 horas** de haber recibido su solicitud.
  - En caso de una solicitud de un servicio o producto médicos, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“una extensión del plazo”) en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en el plazo de 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o en el plazo de 72 horas si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. La Sección 6.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

**Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.**

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

<b>Sección 6.3</b>	<b>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)</b>
--------------------	--

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una <b>“reconsideración integrada”</b> del plan.
---

**Paso 1: Nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.**

**Qué hacer**

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica”.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada “Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica”.
  - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el Formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Si su médico u otra

persona autorizada a dar recetas solicitan que un servicio o producto que ya está recibiendo se continúe durante su apelación, es posible que deba asignar a su médico u otra persona autorizada a dar recetas como sus representantes para que puedan tomar decisiones por usted. (Para obtener el formulario, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfonos se encuentran impresos en la portada posterior de este folleto) y solicite el formulario de "Nombramiento de un representante". El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1969.pdf> o en nuestro sitio web en [www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp](http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a solicitar que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 "Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica".
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, explique la razón de la tardanza al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

***Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacer una solicitud verbal)***

<b>Términos legales</b>
Una “apelación rápida” también se denomina <b>“reconsideración integrada acelerada”</b> .

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

***Si le informamos que interrumpiríamos la cobertura o reduciríamos los productos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda quedarse con dichos productos o servicios durante la apelación.***

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un servicio o producto que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la medida propuesta.
- Si usted no está de acuerdo con la medida, puede presentar una apelación de Nivel 1. Si usted presenta una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha del matasellos de nuestra carta o antes de la fecha en que entra en vigencia la medida propuesta (lo que suceda último), seguiremos cubriendo el servicio o el producto.
- Si cumple con esta fecha límite, podrá seguir recibiendo el servicio o producto sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 está pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o productos (que no estén sujetos a su apelación) sin cambios.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

### **Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.**

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

### ***Plazos límite para una apelación “rápida”***

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médicos. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

### ***Plazos límite para una apelación “estándar”***

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta sobre su solicitud de un producto o servicio médicos **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de**

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

**7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.

- No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médicos. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha correspondiente indicada más arriba (o al final de la extensión de tiempo, en caso de que nos hayamos tomado días adicionales para procesar su solicitud de un producto o servicio médicos), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que luego, una organización independiente externa la revise. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 30 días calendario o **dentro de un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

**Paso 3: Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, usted tiene derechos de apelación adicionales.**

Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta.

- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o producto de Medicare, en la carta se le explicará que habremos enviado su caso a la Organización de revisión independiente para presentar una apelación de Nivel 2.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o producto de Medicaid, en la carta se le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

### Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se hace una apelación de Nivel 2

Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En esta carta se le avisará si el servicio o el producto están generalmente cubiertos por Medicare o Medicaid, o si podrían estar cubiertos por ambos.

- Si su problema está relacionado con un servicio o producto que generalmente está **cubierto por Medicare**, le enviaremos su caso automáticamente al proceso de apelaciones de Nivel 2 apenas se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema está relacionado con un servicio o producto que generalmente están **cubiertos por Medicaid**, puede presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo. En la carta se le explicará cómo hacerlo. También encontrará información más abajo.
- Si su problema está relacionado con un servicio o producto que podría estar **cubierto tanto por Medicare como por Medicaid**, recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la Organización de revisión independiente. También puede solicitar una revisión por parte de la Organización independiente de revisión de uso (IURO) del estado o una audiencia imparcial con el estado.

Si, en el momento de presentar su apelación de Nivel 1, usted calificó para una continuación de los beneficios, es posible que sus beneficios del servicio, producto o medicamento que sea el objeto de dicha apelación continúen durante el Nivel 2. Vaya a la página 169 para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema está relacionado con un servicio que generalmente está cubierto solo por Medicare, sus beneficios de dicho servicio no continuarán durante el proceso de apelaciones de Nivel 2 con la Organización de revisión independiente.
- Si su problema está relacionado con un servicio que generalmente está cubierto solo por Medicaid, sus beneficios de dicho servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario a partir de que recibió la carta del plan en que se le informaba nuestra decisión o antes de la fecha en que entra en vigencia la medida propuesta, lo que suceda último.

**Si su problema está relacionado con un servicio o producto que generalmente está cubierto por Medicare:**

**Paso 1: La Organización de revisión independiente revisa su apelación.**

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

***Si se le concedió una “apelación rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación rápida” en el Nivel 2.***

- Si nuestro plan le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 72 horas** de recibida su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es de un producto o servicio médicos, y la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

***Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “estándar” en el Nivel 2.***

- Si nuestro plan le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es de un producto o servicio médicos, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 30 días calendario** de recibida su apelación.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de **7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es de un producto o servicio médicos y la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

### **Paso 2: La Organización de revisión independiente le da su respuesta.**

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de la solicitud de un producto o servicio médicos**, debemos hacer lo siguiente:
  - Autorizar la cobertura de la atención médica **en el plazo de 72 horas**.
  - Proporcionar el servicio en el plazo de **14 días calendario** de recibida la decisión de la Organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**.
  - En el **plazo de 72 horas** a partir de la fecha en la que el plan recibió la decisión de la Organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de la solicitud para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos hacer lo siguiente:
  - Autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa **en el plazo de 72 horas** de recibida la decisión de la Organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**.
  - **En el plazo de 24 horas** a partir de la fecha en la que el plan recibió la decisión de la Organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”).

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.
- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
  - La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. **La Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones. Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información.

**Términos legales**

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” que revisa los casos de Medicare es “**Entidad de revisión independiente**”. A veces, se la denomina “**IRE**”.

**Si su problema está relacionado con un servicio o producto que generalmente está cubierto por Medicaid:**

**Paso 1: Puede solicitar una apelación IURO o una audiencia imparcial con el estado.**

- El Nivel 2 del proceso de apelaciones para servicios cubiertos generalmente por Medicaid también le da la opción de solicitar una revisión por parte de la Organización independiente de revisión de uso (IURO) del estado como contrapartida a una audiencia imparcial con el estado.

**¿Cómo solicito una apelación IURO?**

- La Organización independiente de revisión de uso (IURO) es una organización independiente contratada por el Departamento de Banca y Seguros (DOBI) del estado de Nueva Jersey. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es elegida por el DOBI para que funcione como un revisor independiente de apelaciones médicas, y el DOBI administra el proceso de apelaciones IURO. Una revisión de la IURO también se denomina, en ocasiones, “apelación IURO” o “apelación externa”.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- El proceso de apelaciones IURO es opcional. Puede solicitar una apelación IURO y esperar hasta recibir la decisión de la IURO antes de solicitar una audiencia imparcial. O puede pedir una apelación IURO y una audiencia imparcial al mismo tiempo (las solicitudes se presentan ante dos organizaciones diferentes). No es necesario solicitar una apelación IURO para pedir una audiencia imparcial.
- Puede pedir una apelación IURO usted mismo o puede pedirla su Representante autorizado (que puede ser su proveedor, si actúa en su nombre con su consentimiento por escrito).
- Puede pedir una apelación IURO completando el formulario de solicitud de apelación externa. Se le enviará una copia del formulario de solicitud de apelación externa junto con la carta de decisión para su apelación de Nivel 1. Debe enviar dicho formulario a la siguiente dirección **dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1:

New Jersey Department of Banking and Insurance  
Consumer Protection Services  
Office of Managed Care  
P.O. Box 329 Trenton  
NJ 08625-0329

También puede enviar el formulario de impuestos por fax al **609-633-0807**, o puede enviar una copia por correo electrónico a [ihcap@dobi.nj.gov](mailto:ihcap@dobi.nj.gov). Puede descargar una copia del formulario en línea en [www.state.nj.us/dobi/chap352/352ihcapform.docx](http://www.state.nj.us/dobi/chap352/352ihcapform.docx).

- Si presenta su apelación porque le informamos que interrumpiríamos la cobertura o reduciríamos los productos o servicios que ya estaba recibiendo y desea conservar dichos productos o servicios durante su apelación IURO, debe solicitar una apelación IURO **dentro de los 10 días calendario** a partir de la fecha de la carta de decisión para su apelación de Nivel 1.
- Si la IURO revisa su caso, llegará a una decisión **dentro de los 45 días calendario** (o antes, si su afección médica hace que esto sea necesario). Si su apelación IURO es una apelación “rápida”, la IURO llegará a una decisión **dentro de las 48 horas**.
- Si tiene preguntas acerca del proceso de apelaciones IURO o necesita ayuda con su solicitud, puede llamar gratis al Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey al 1-888-393-1062 (opción 3).

---

**¿Cómo solicito una audiencia imparcial?**

- Debe pedir una audiencia imparcial por escrito **dentro de los 120 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que le enviamos le indicará dónde debe presentar su solicitud de audiencia.
- Si pide una audiencia imparcial “acelerada” o “rápida”, y cumple todos los requisitos para una audiencia “rápida”, se tomará una decisión dentro de las 72 horas de que la agencia haya recibido su solicitud de audiencia.
- Si presenta su apelación porque le informamos que interrumpiríamos la cobertura o reduciríamos los productos o servicios que ya estaba recibiendo y desea conservar dichos productos o servicios durante su audiencia imparcial, debe solicitar **por escrito** que se continúen los beneficios en su solicitud de audiencia imparcial, y debe enviar dicha solicitud **dentro de los 10 días calendario** a partir de la fecha de la carta de decisión para su apelación de Nivel 1.

O bien, si solicitó una apelación IURO y recibió una decisión antes de solicitar una audiencia imparcial, debe enviar esta solicitud por escrito **dentro de los 10 días calendario** desde la fecha en que se le informó la decisión tomada sobre su apelación IURO.

**Tenga en cuenta que si pide que se continúen sus servicios o productos durante una audiencia imparcial y la decisión final no se toma a su favor, es posible que deba pagar el costo de los servicios o productos.**

**Paso 2: La oficina de audiencia imparcial le da su respuesta.**

La oficina de audiencia imparcial le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

- **Si la oficina de audiencia imparcial acepta parte o la totalidad de la solicitud de un producto o servicio médicos**, debemos autorizar o proveer el servicio o producto dentro de las 72 horas luego de recibir la decisión de la oficina de audiencia imparcial.
- **Si la oficina de audiencia imparcial rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”).

**Si la decisión es rechazar todo o parte de lo que solicité, ¿puedo presentar otra apelación?**

Si la decisión de la Organización de revisión imparcial es rechazar todo o parte de lo que solicitó, usted tiene **derechos de apelación adicionales**.

Si su apelación de Nivel 2 estuvo dirigida a la **Organización de revisión independiente**, puede apelar nuevamente únicamente si el valor en dólares del servicio o producto que quiere alcanza un determinado monto mínimo. La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. **En la carta que le envía la Organización de revisión independiente se explicarán los derechos de apelación adicionales que pueda tener.**

La carta que recibe de la oficina de la audiencia imparcial le indicará su siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación luego del Nivel 2.

<b>Sección 6.5</b>	<b>¿Qué sucede si nos está pidiendo que le reembolsemos una factura que ha recibido en concepto de atención médica?</b>
--------------------	---

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 6 de este folleto, *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 6, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

**La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra**

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la **Sección 5.1** de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos*).

Si desea un reembolso por un servicio o producto de **Medicare** o nos está pidiendo que paguemos al proveedor de atención médica por un servicio o producto de Medicaid que usted pagó, nos pedirá que tomemos una decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el *Capítulo 3* de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos*).

### Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si la atención médica **no** está cubierta, o usted **no** siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a denegar su solicitud de una decisión de cobertura).

### ¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 6.3 de este capítulo.** Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 30 días calendario después de recibida su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarles el pago que solicitó a usted o al proveedor en el plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarles el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en el plazo de 60 días calendario.

---

## SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

---



**¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (“Una guía para “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones”)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.**

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

<b>Sección 7.1</b>	<b>Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D</b>
--------------------	---

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. (Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla).

Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5).

- **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la Lista de medicamentos, las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para los medicamentos con receta de la Parte D*).

**Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D**

Como se comentó en la **Sección 6** de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura.

<b>Términos legales</b>
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una <b>“determinación de cobertura”</b> .

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como:
  - Nos solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos del plan.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple los requisitos para la cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
  - **NOTA:** Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, usted obtendrá un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el siguiente cuadro para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

**¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?**

<b>Si está en esta situación:</b>	<b>Esto es lo que puede hacer:</b>
Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura).  Comience con la <b>Sección 7.2</b> de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted considera que cumple todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura.  Vaya a la <b>Sección 7.4</b> de este capítulo.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la <b>Sección 7.4</b> de este capítulo.
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la <b>Sección 7.5</b> de este capítulo.

### Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

#### 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.

##### Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, “**excepción al formulario**”.

**2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.**

Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

**Términos legales**

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina en ocasiones **“excepción al formulario”**.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
  - Que se exija utilizar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
  - Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
  - Que se exija probar primero con otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
  - Límites de cantidad. Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

**Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca del pedido de excepciones**

**Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, **no** aprobaremos su solicitud de una excepción.

### Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. **La Sección 7.5** le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

<b>Sección 7.4</b>	<b>Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción</b>
--------------------	--

**Paso 1: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos que necesita o sobre el pago. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”. No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.**

#### *Qué hacer*

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) puede hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D*. O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección titulada *“Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos por la atención médica o un medicamento que recibió”*.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. **La Sección 5.2** de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 6 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 6 se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar

un reembolso. También le indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que pagó.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo llamamos “declaración de respaldo”). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte la **Sección 7.2** y la **Sección 7.3**.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS o en nuestro formulario del plan, que está disponible en nuestro sitio web.

***Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”***

Términos legales
Una “decisión rápida de cobertura” se denomina una <b>“determinación acelerada de cobertura”</b> .

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión rápida de cobertura **solo** si su pedido hace referencia a un **medicamento que aún no ha recibido**. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura **solo** si la vía de plazos estándares pudiera **poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional**.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
  - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta se le dirá que si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le indica cómo presentar un reclamo “rápido”, lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas después de recibido. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, consulte la **Sección 11** de este capítulo).

### **Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.**

#### ***Plazos límite para una decisión “rápida” de cobertura***

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización externa independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, hablaremos

sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos límite para una decisión “estándar” de cobertura sobre un medicamento que aún no ha recibido***

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**.
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o de la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos límite para una decisión “estándar” de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

**Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.**

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

<b>Sección 7.5</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)</b>
--------------------	---

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una <b>“redeterminación”</b> del plan.
--

**Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.**

**Qué hacer**

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener detalles sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

del Capítulo 2 y busque la sección denominada Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D.

- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, "Cómo ponerse en contacto con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D".
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** "Cómo puede ponerse en contacto con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D".
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

***Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida"***

<b>Términos legales</b>
Una "apelación rápida" también se llama una " <b>redeterminación acelerada</b> ".

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la **Sección 7.4** de este capítulo.

### **Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.**

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

#### ***Plazos límite para una apelación “rápida”***

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

#### ***Plazos límite para una apelación “estándar”***

- Si usamos los plazos estándares, debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación para un medicamento que usted todavía no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una apelación “rápida”.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una Organización de revisión independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización independiente. En la **Sección 7.6** de este capítulo, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

### **Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.**

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

**Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2**

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

**Términos legales**

El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es "**Entidad de revisión independiente**". A veces, se la denomina "**IRE**".

**Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.**

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

**Paso 2: la Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.**

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

### ***Plazos para una “apelación rápida” en el Nivel 2***

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

### ***Plazos para una apelación “estándar” en el Nivel 2***

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que usted todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
  - Si la Organización de revisión independiente aprueba la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

### **¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?**

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”).

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Si la Organización de revisión independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

**Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.**

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

**SECCIÓN 8                      Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto**

---

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la **“fecha del alta”**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

**Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le explicarán sus derechos**

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado.

Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- 1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos:
  - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
  - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y su derecho a saber quién pagará por ella.
  - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
  - Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

**Términos legales**

El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 8.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
  - Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (**La Sección 5.2** de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
  - Firmar este aviso **solo** demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
- 3. Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
  - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
  - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html).

<b>Sección 8.2</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital</b>
--------------------	---

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la **Sección 2** de este capítulo).

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación.**

Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

**Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida un “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.**

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata”.

***¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?***

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

***Cómo puede comunicarse con esta organización***

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]*) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre,

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2, de este folleto).

**Actúe rápido:**

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad **antes** de que se vaya del hospital y **no más tarde de la fecha prevista del alta**. (La “fecha prevista del alta” es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
  - Si usted cumple este plazo, se le autorizará a permanecer en el hospital **después** de la fecha del alta **sin que deba pagar por ello**, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad.
  - Si **no** cumple este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, **es posible que deba pagar todos los costos correspondientes** a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y usted aún desea presentar la apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

**Pida una “revisión rápida”:**

- Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que efectúe una **“revisión rápida”** del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar del plazo estándar.

<b>Términos legales</b>
Una <b>“revisión rápida”</b> también se denomina <b>“revisión inmediata”</b> o <b>“revisión acelerada”</b> .

**Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

**Términos legales**

La explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado del alta**”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html).

**Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.**

***¿Qué sucede si la aceptan?***

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

### ¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día **posterior** al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

### **Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.**

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación **y** usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

<b>Sección 8.3</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital</b>
--------------------	---

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación **y** usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

### **Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.**

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

### **Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

### **Paso 3: Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión, sobre su apelación y le informarán su decisión.**

#### ***Si la organización de revisión la acepta:***

- **Debemos reembolsarle** los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después a la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

#### ***Si la organización de revisión la rechaza:***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

### **Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.**

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez administrativo o un abogado mediador revisan su apelación.
- La **Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 8.4</b>	<b>¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	--

**Puede presentar una apelación ante nosotros**

Como se explica anteriormente en la **Sección 8.2**, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital (“rápido” significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta, lo que ocurra primero). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

**Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1**

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

<b>Términos legales</b>
A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina <b>“apelación acelerada”</b> .

**Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.**

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

**Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.**

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

### **Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).**

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle por los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
  - Si permaneció en el hospital **después** de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

### **Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Al hacer esto, significa que usted pasa **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

### **Paso a paso: Proceso de apelaciones alternativas de Nivel 2**

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

**Términos legales**

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces, se la denomina **“IRE”**.

**Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.**

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

**Paso 2: La Organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.**

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) los costos de la atención hospitalaria que recibió a partir de la fecha prevista del alta. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta del hospital era médicamente apropiada.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

**Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- **La Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

**SECCIÓN 9                      Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si siente que su cobertura está finalizando demasiado pronto**

---

<b>Sección 9.1</b>	<b><i>Esta sección solo trata acerca de tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)</i></b>
--------------------	---

Esta sección hace referencia solo a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 11, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida cualquier limitación de cobertura que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar por su atención**.

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

**Sección 9.2 Le diremos por adelantado cuándo se termina su cobertura**

- 1. Recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
  - En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
  - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

**Términos legales**

Como le indica qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **“apelación de vía rápida”**. Solicitar una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (**La Sección 9.3**, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).

El aviso por escrito se denomina **“Aviso de la no cobertura de Medicare”**.

- 2. Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
  - Usted o alguien que actúe en su nombre deberán firmar el aviso (**la Sección 5.2** de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- La firma del aviso **solo** indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

<b>Sección 9.3</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo</b>
--------------------	--

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. **La Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). O bien, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la **Sección 2** de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

**Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.**

### ***¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?***

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

### ***Cómo puede comunicarse con esta organización***

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2, de este folleto).

***¿Qué debe pedir?***

- Pídale a esta organización una “apelación acelerada” (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

***Su plazo para comunicarse con esta organización.***

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia que figura en el Aviso de la no cobertura de Medicare.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la **Sección 9.5** de este capítulo.

**Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación y usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

**Términos legales**

Esta explicación del aviso se denomina  
**“Explicación detallada de no  
cobertura”.**

**Paso 3:** Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

***¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?***

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

***¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?***

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.** Dejaremos de pagar por el costo de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

**Paso 4:** Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que hace es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 **y** usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

<b>Sección 9.4</b>	<b>Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo</b>
--------------------	--

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación **y** usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que le informamos que terminaría su cobertura.

## **Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

### **Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.**

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

### **Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

### **Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.**

#### ***¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido a partir de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

#### ***¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

### **Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.**

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez administrativo o un abogado mediador revisan su apelación.

- **La Sección 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 9.5</b>	<b>¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?</b>
--------------------	--

**Puede presentar una apelación ante nosotros**

Como se explica anteriormente en la **Sección 9.3**, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

**Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1**

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación alternativa de Nivel 1:

<b>Términos legales</b>
-------------------------

A la revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ <b>apelación acelerada</b> ”.
--

**Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.**

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

### **Paso 2: Hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.**

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

### **Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).**

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle por los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) **después** de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

### **Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una “Organización de revisión independiente”**. Al hacer esto, significa que usted pasa **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

### **Paso a paso: Proceso de apelaciones alternativas de Nivel 2**

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es " <b>Entidad de revisión independiente</b> ". A veces, se la denomina " <b>IRE</b> ".

**Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.**

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. **La Sección 11** de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

**Paso 2: La Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.**

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) los costos de la atención que recibió a partir de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan respecto de la primera apelación y no la modificará.

## Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

### **Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez administrativo o un abogado mediador revisan su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores</b>
-------------------	---

<b>Sección 10.1</b>	<b>Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos</b>
---------------------	--

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y se han rechazado ambas apelaciones.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3: un juez (llamado juez administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal** revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o puede no concluir.** Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.

- Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o puede no concluir.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 4:** el **Consejo de apelaciones** (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra petición de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o puede no concluir.** Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted si el valor del producto o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
  - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o puede no concluir.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5:** un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

**Sección 10.2      Apelaciones adicionales de Medicaid**

Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación es sobre servicios o productos que NJ FamilyCare (Medicaid) generalmente cubre. La carta que recibe de la oficina de la audiencia imparcial le indicará qué hacer si desea continuar el proceso de apelación.

**Sección 10.3      Niveles de apelaciones 3, 4 y 5 para solicitudes de  
medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y se han rechazado ambas apelaciones.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3:** un juez (llamado juez administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones**

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

**aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.

- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o puede no concluir.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 4:** el **Consejo de apelaciones** (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o puede no concluir.**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5:** un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

---

**SECCIÓN 11      Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el Departamento de Servicios para Miembros u otras inquietudes**


---



**Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección no es la indicada para *su caso*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.**

<b>Sección 11.1</b>	<b>¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?</b>
---------------------	---

En esta sección se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar reclamos. El proceso de reclamos se aplica a ciertos tipos de problemas *únicamente*. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Departamento de Servicios para Miembros que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

**Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede “presentar un reclamo”**

<b>Reclamo</b>	<b>Ejemplo</b>
<b>Calidad de su atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?</li> </ul>
<b>Respeto de su privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?</li> </ul>
<b>Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto?</li> <li>• ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en nuestro Departamento de Servicios para Miembros?</li> <li>• ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?</li> </ul>

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Reclamo	Ejemplo
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla?</li> <li>• ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O por el Departamento de Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan?                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o cuando le van a dar una receta.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?</li> </ul>
<b>Información que obtiene de nosotros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle?</li> <li>• ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?</li> </ul>
<p><b>Oportunidad</b> (Estos tipos de reclamos se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).</p>	<p>El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las <b>Secciones 5 a 11</b> de este capítulo. Si está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de reclamos.</p> <p>Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p>

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Reclamo	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si ha pedido que le demos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar un reclamo.</li><li>• Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar un reclamo.</li><li>• Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo.</li><li>• Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar un reclamo.</li></ul>

<b>Sección 11.2</b>	<b>El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”</b>
---------------------	---

<b>Términos legales</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• En esta sección, un <b>“reclamo”</b> también se denomina <b>“queja”</b>.</li><li>• Otro término para <b>“presentar un reclamo”</b> es <b>“interponer una queja”</b>.</li><li>• Otra forma de decir <b>“usar el proceso para reclamos”</b> es <b>“usar el proceso para interponer una queja”</b>.</li></ul>

<b>Sección 11.3</b>	<b>Paso a paso: presentación de un reclamo</b>
---------------------	--

**Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.**

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Departamento de Servicios para Miembros.** Si hay algo más que necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo indicará. Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY 711); de 08:00 a. m. a 08:00 p.m., los 7 días de la semana.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- Para presentar una queja (reclamo) por escrito, envíe su reclamo por escrito a la dirección indicada en el *Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes (Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D o Cómo ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica)*.
  - Asegúrese de proporcionar toda la información pertinente, incluido cualquier documento de respaldo que considere apropiado. Debemos recibir su reclamo dentro de los 60 días calendario desde el evento o incidente que le llevaron a presentar un reclamo.
  - Su caso será investigado por un miembro de nuestro equipo de reclamos. Si presenta su reclamo de forma verbal, le informaremos el resultado de nuestra revisión y nuestra decisión de manera verbal o escrita. Si presenta un reclamo verbal y solicita una respuesta por escrito, responderemos por escrito. Si nos envía un reclamo por escrito, le enviaremos una respuesta por escrito que indique el resultado de nuestra revisión. Nuestro aviso incluirá una descripción de cómo comprendemos su reclamo y nuestra decisión en términos claros.
  - Debemos abordar su reclamo con tanta rapidez como su caso requiera en función de su estado de salud, pero no más de 30 días calendario después de recibir su reclamo. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario si justificamos que la necesidad de información adicional y la demora son lo más conveniente para usted.
  - También tendrá derecho a solicitar una queja “acelerada” rápida. Una queja “acelerada” es un tipo de reclamo que se debe resolver dentro de las 24 horas desde que se comunica con nosotros. Tiene derecho a solicitar una queja “acelerada” rápida si no está de acuerdo con lo siguiente:

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- La intención de nuestro plan de tomarnos una extensión de 14 días calendario para una determinación de cobertura/organización o una reconsideración/redeterminación (apelación); o
  - Nuestra denegación de su solicitud de acelerar una determinación o reconsideración (apelación) de la organización para servicios de salud; o
  - Nuestra denegación de su solicitud para acelerar una determinación o redeterminación (apelación) de la cobertura de un medicamento con receta.
- El proceso de queja “acelerada” rápida es el siguiente:
    - Usted o un representante autorizado puede presentar el reclamo por teléfono, fax o correo y mencionar que desea un proceso de reclamo rápido o queja acelerada. Para presentar el reclamo, llame al número de teléfono, envíelo por fax o preséntelo por escrito y envíelo a la dirección que se encuentra en el Capítulo 2: *Recursos y números de teléfono importantes (Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D o Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica)*. La manera más rápida de presentar un reclamo rápido es llamarnos o enviarnos un fax. La forma más rápida de presentar una queja es llamarnos. Cuando recibimos su reclamo, investigaremos rápidamente el problema que ha identificado. Si estamos de acuerdo con su reclamo, cancelaremos la extensión de 14 días calendario o aceleraremos la determinación o apelación, como había requerido originalmente. Independientemente de que estemos de acuerdo o no, investigaremos su reclamo y le notificaremos acerca de nuestra decisión en un plazo de 24 horas.
  - **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente.** Puede presentar un reclamo en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que quiere reclamar.
  - **Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos un reclamo “rápido”.** Si se le ha concedido un reclamo “rápido”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

**Términos legales**

El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" que revisa los casos de Medicare es "**Entidad de revisión independiente**". A veces, se la denomina "**IRE**".

**Paso 2: Analizamos su reclamo y le damos una respuesta.**

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de los reclamos se responde dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte del reclamo, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos el reclamo o no.

**Sección 11.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad**

Usted puede presentar un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su reclamo es sobre la **calidad de la atención**, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (**sin** presentarnos el reclamo).
  - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

**Capítulo 8. Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo  
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta un reclamo a esta organización, colaboraremos con ellos para resolverlo.
- **O puede presentar su reclamo ante ambos sitios al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

<b>Sección 11.5</b>	<b>También puede informarle a Medicare y Medicaid acerca de su reclamo</b>
---------------------	--

Puede presentar un reclamo sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Puede presentar un reclamo sobre nuestro plan directamente ante NJ FamilyCare (Medicaid) completando y enviando el formulario de reclamo a [https://nj.gov/dobi/division\\_insurance/managedcare/mcfaqs.htm](https://nj.gov/dobi/division_insurance/managedcare/mcfaqs.htm) por los siguientes medios:

**Correo postal:** Office of Managed Care Consumer Protection Services Department of Banking and Insurance

PO Box 475

Trenton, NJ 08625-0475

**Fax:** (609) 777-0508 o (609) 292-2431

**Teléfono:** 1-888-393-1062

## **CAPÍTULO 9**

### ***Cancelación de su membresía en el plan***

**Capítulo 9. Cancelación de su membresía en el plan**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>266</b>
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan.....	266
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>266</b>
Sección 2.1	Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid.....	266
Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual.....	267
Sección 2.3	Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage .....	268
Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial.....	269
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía? .....	271
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....</b>	<b>271</b>
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan.	271
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....</b>	<b>273</b>
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan.	273
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones .....</b>	<b>274</b>
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?.....	274
Sección 5.2	<u>No</u> podemos pedirle que cancele su inscripción en nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	275
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan .....	276

**SECCIÓN 1            Introducción****Sección 1.1            Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan**

La finalización de la membresía en nuestro plan puede ser **voluntaria** (es su elección) o **involuntaria** (no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  - Solo hay ciertos momentos del año, o ciertas situaciones, en las que puede cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe cuándo puede finalizar su membresía en el plan. La Sección 2 le brinda información sobre los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo comenzará su inscripción en la nueva cobertura.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos finalizar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

**SECCIÓN 2            ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?**

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

**Sección 2.1            Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid**

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente, una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial.

- De enero a marzo

- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar el próximo período para cancelar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios durante el Período de inscripción anual desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene cobertura para medicamentos con receta “acreditable” durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare).

Para obtener información sobre sus opciones del plan de Medicaid, comuníquese con NJ FamilyCare (Medicaid), (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

**Sección 2.2      Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual**

Usted puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual (también conocido como “Período de inscripción abierta anual”). Es el momento en el que debe

revisar su cobertura de salud y para medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período va del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - *O bien* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

**Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los medicamentos**

**con receta:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare).

Para obtener información sobre las opciones del plan de Medicaid, póngase en contacto con la Oficina de Medicaid de su estado (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

<b>Sección 2.3</b>	<b>Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage</b>
--------------------	---

Tiene la oportunidad de hacer un cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?**  
Es todos los años, desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener la cobertura mediante Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

**Sección 2.4      En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial**

En ciertas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, es posible que sea elegible para finalizar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):
  - En general, cuando se muda.
  - Si tiene NJ FamilyCare (Medicaid)
  - Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
  - Si rompemos nuestro contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

- Si se inscribe en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).
- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos en la Sección 10 del Capítulo 5.

**Nota:** La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

**Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los**

**medicamentos con receta:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

**Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene cobertura para medicamentos con receta acreditable durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de

Medicare). Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

**Nota:** Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

<b>Sección 2.5</b>	<b>¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?</b>
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare & You 2021** (Medicare y usted para 2021).
  - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
  - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). O bien, puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?</b>
------------------	---

<b>Sección 3.1</b>	<b>En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan</b>
--------------------	---

Generalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare. No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer un pedido a nosotros por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- *O bien*, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a los siguientes:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otro plan de salud de Medicare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes.</li> </ul> <p>Su inscripción a nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes.</li> </ul> <p>Su inscripción a nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.</b> Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).</li> </ul>

<b>Si desea cambiar de nuestro plan a los siguientes:</b>	<b>Esto es lo que debe hacer:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● También puede llamar a <b>Medicare</b> al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li> <li>● Se cancelará su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura del plan Original Medicare.</li> </ul>

Si usted cancela su inscripción en este plan y toma alguna de las decisiones indicadas anteriormente, se lo inscribirá en nuestro plan afiliado NJ FamilyCare, Aetna Better Health of New Jersey, para recibir sus beneficios de NJ FamilyCare (Medicaid). Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del siguiente mes. Esto sucederá automáticamente, a menos que haya elegido inscribirse en otro plan FIDE SNP o si elige un plan NJ FamilyCare diferente por voluntad propia. Si desea seleccionar un plan NJ FamilyCare diferente, puede llamar a NJ FamilyCare al 1-800-701-0710 (TTY 1-800-701-0720).

Por cuestiones relacionadas con sus beneficios de NJ FamilyCare (Medicaid), comuníquese con la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud al 1-800-356-1561 (TTY 711). Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que recibe su cobertura de NJ FamilyCare (Medicaid).

---

#### **SECCIÓN 4      Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Hasta que finalice su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan</b>
--------------------	--

Si deja nuestro plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía finalice y su nueva cobertura de Medicare y Medicaid entre en vigencia. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará generalmente cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

---

## **SECCIÓN 5                    Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones**

---

<b>Sección 5.1</b>	<b>¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?</b>
--------------------	--

**Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:**

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si ya no es elegible para NJ FamilyCare (Medicaid). Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Nuestro plan seguirá cubriendo sus beneficios de Medicare durante un período de gracia de seis (6) meses como máximo si pierde su elegibilidad para Medicaid. Este período de gracia comienza el primer día del mes después de enterarnos de su pérdida de elegibilidad y de comunicárselo. Si, al término del período de gracia de seis (6) meses, usted no recuperó Medicaid y no se inscribió en un plan diferente, cancelaremos su inscripción en nuestro plan y se lo volverá a inscribir en Original Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la contraportada de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.

- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
  - Si finalizamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

### ¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar al **Departamento de Servicios para Miembros** para obtener más información (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

<b>Sección 5.2</b>	<b><u>No podemos pedirle que cancele su inscripción en nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</u></b>
--------------------	--

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

### ¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si considera que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

<b>Sección 5.3</b>	<b>Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	--

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 11 del Capítulo 8 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

# **CAPÍTULO 10**

## ***Avisos legales***

---

**Capítulo 10. Avisos legales**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Aviso sobre leyes vigentes .....</b>	<b>279</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Aviso sobre no discriminación.....</b>	<b>279</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....</b>	<b>279</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Aviso sobre recuperación de pagos en exceso .....</b>	<b>282</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Determinaciones nacionales de cobertura.....</b>	<b>282</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Contratistas independientes .....</b>	<b>283</b>

---

**SECCIÓN 1            Aviso sobre leyes vigentes**

---

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura*, y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

---

**SECCIÓN 2            Aviso sobre no discriminación**

---

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, 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 Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a la discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros (en la contratapa de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

---

**SECCIÓN 3            Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare**

---

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce

conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

En algunas situaciones, otras partes deben pagar por su atención médica antes que su plan de salud Medicare Advantage. En dichas situaciones, su plan Medicare Advantage podría pagar, pero tendrá derecho a cobrarles los pagos a dichos terceros. Los planes Medicare Advantage podrían no ser el pagador principal de la atención médica que recibe. Estas situaciones incluyen aquellas en que el programa federal Medicare se considera un pagador secundario conforme a las leyes de pagador secundario de Medicare. Para obtener información sobre el programa federal de pagador secundario de Medicare, Medicare redactó un documento con información general sobre qué sucede cuando las personas con Medicare tienen un seguro adicional. Se llama *Medicare and Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First (Medicare y otros beneficios de salud: su guía sobre quién paga primero)* (número de publicación 02179). Puede obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE, durante las 24 horas, los 7 días de la semana o visitando el sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Los derechos del plan a recuperar el dinero en estas situaciones se basan en las condiciones de este contrato de plan de salud, así como en las disposiciones de los estatutos federales que rigen el programa de Medicare. La cobertura de su plan Medicare Advantage siempre es secundaria a cualquier pago realizado o que se podría esperar razonablemente que se realice en virtud de lo siguiente:

- una ley o plan de compensación laboral de los Estados Unidos o de un estado;
- un seguro no basado en culpa, incluido seguro automotriz y no automotriz sin culpa y seguro de pagos médicos;
- una póliza o un plan de seguro de responsabilidad (incluido un plan de autoasegurado) emitidos conforme a una póliza o cobertura automotriz o de otro tipo;
- una póliza o un plan de seguro automotriz (incluido un plan de autoasegurado), incluidas, entre otras, coberturas contra conductores no asegurados o con seguro insuficiente.

Dado que su plan Medicare Advantage siempre es secundario a cualquier cobertura automotriz sin culpa (protección contra lesiones personales) o cobertura de pagos médicos, debe revisar sus pólizas de seguro automotriz para asegurar que se hayan seleccionado las disposiciones de póliza adecuadas para que su cobertura automotriz sea principal para su tratamiento médico a raíz de un accidente automovilístico.

Como se detalla en el presente documento, en estas situaciones, su plan Medicare Advantage podría efectuar pagos en su nombre por esta atención médica, sujeto a las condiciones establecidas en esta disposición para que el plan recupere estos pagos de usted o de otras partes. Inmediatamente después de realizar un pago condicional, su plan

Medicare Advantage adquirirá (ejercerá) todos los derechos de recuperación que usted tenga frente a cualquier persona, entidad o aseguradora responsables de provocarle una lesión, enfermedad o afección, o frente a cualquier persona, entidad o aseguradora identificadas anteriormente como pagador principal.

Además, si recibe pagos de cualquier persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección, o bien si usted recibe pagos de cualquier persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal, su plan Medicare Advantage tiene derecho a recuperar y recibir un reembolso de todos los pagos condicionales que el plan haya efectuado o efectuará a raíz de dicha lesión, enfermedad o afección.

Su plan Medicare Advantage tendrá automáticamente un derecho de retención, según el alcance de los beneficios que pagó para el tratamiento de la lesión, enfermedad o afección, hasta su recuperación ya sea mediante acuerdo, sentencia o de otro modo. La retención podría ejercerse contra cualquier tercero que tenga fondos o activos que representen el monto de los beneficios pagados por el plan, incluidos, entre otros, usted, sus representantes o agentes, otra persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección, u otra persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal.

Si acepta los beneficios (ya sea que el pago de dichos beneficios se le efectúe a usted o en su nombre a un proveedor de atención médica) de su plan Medicare Advantage, usted reconoce que los derechos de recuperación del plan constituyen una reclamación prioritaria y que deben pagarse al plan antes que cualquier otra reclamación por los daños que haya sufrido. El plan tendrá derecho a recibir un reembolso completo sobre la base del primer dólar de cualquier pago, incluso si dicho pago al plan resulta en una recuperación para usted que es insuficiente para resarcirlo por completo o compensarlo en parte o en su totalidad por los daños que sufrió. Su plan Medicare Advantage no está obligado a participar o a pagar costos procesales ni honorarios de abogados contratados por usted para ejercer su reclamación por daños.

Su plan Medicare Advantage está autorizado a la recuperación total, independientemente de la admisión de responsabilidad de pago de cualquier persona, entidad o aseguradora responsable de provocarle una lesión, enfermedad o afección; o de cualquier persona, entidad o aseguradora identificada anteriormente como pagador principal. El plan tiene derecho a recuperar la totalidad de lo pagado, independientemente de si el arreglo o la sentencia que usted recibió identifica los beneficios médicos que el plan proporcionó o tiene la intención de asignar una parte de dicho arreglo o sentencia al pago de gastos que no sean gastos médicos. El plan Medicare Advantage tiene derecho a la recuperación de todos y cada uno de los acuerdos o sentencias, incluso de aquellos designados en concepto de dolor y sufrimiento, daños no económicos o daños generales únicamente.

Usted y sus representantes legales deben colaborar plenamente con los esfuerzos del plan por recuperar los beneficios pagados. Tiene la obligación de notificarle al plan dentro de los 30 días de la fecha en la que se entrega el aviso a cualquiera de las partes, incluidos una compañía aseguradora o un abogado, acerca de su intención de entablar un procedimiento o investigar una reclamación para recuperar daños u obtener una compensación debido a una lesión, enfermedad o afección. Usted y sus agentes o representantes deben proporcionar toda la información solicitada por el plan o sus representantes. No podrá hacer nada para perjudicar el interés de subrogación o recuperación de su plan Medicare Advantage, ni para perjudicar la capacidad del plan de ejercer las condiciones de esta disposición. Esto incluye, entre otros aspectos, abstenerse de realizar acuerdos u obtener recuperaciones que intenten reducir o excluir el costo total de todos los beneficios proporcionados por el plan.

Si no se entrega la información solicitada o no se brinda asistencia al plan Medicare Advantage para ejercer sus derechos de subrogación o recuperación, usted podría resultar personalmente responsable de reembolsarle al plan los beneficios pagados en relación con la lesión, enfermedad o afección, así como los honorarios razonables de los abogados del plan y los costos incurridos para obtener el reembolso de usted. Para obtener más información, consulte el inciso 42 del Código de Estados Unidos § 1395y(b)(2)(A)(ii) y los estatutos de Medicare.

---

**SECCIÓN 4                      Aviso sobre recuperación de pagos en exceso**

---

Si los beneficios pagados por esta *Evidencia de cobertura*, además de los beneficios pagados por otros planes, exceden el monto total de gastos, Aetna tiene derecho a recuperar el monto de dicho pago en exceso de una o más de las siguientes partes: (1) cualquier persona a quien o para quien se le efectuaron dichos pagos; (2) otros planes; o (3) cualquier otra entidad a la que se le efectuaron dichos pagos. El derecho a recuperación será ejercido a criterio de Aetna. Usted deberá presentar documentos y colaborar con Aetna para asegurar su derecho a recuperar dichos pagos en exceso, a solicitud de Aetna.

---

**SECCIÓN 5                      Determinaciones nacionales de cobertura**

---

A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios. Cuando recibamos actualizaciones de cobertura de Medicare, denominadas Determinaciones nacionales de cobertura, las publicaremos en nuestro sitio web en [www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp](http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener las actualizaciones de cobertura publicadas para el año de beneficios.

---

**SECCIÓN 6                      Contratistas independientes**

---

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

# **CAPÍTULO 11**

## ***Definiciones de palabras importantes***

**Capítulo 11. Definiciones de palabras importantes**

**Apelación:** una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, producto o servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 8 explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

**Asociación de práctica independiente (IPA):** una IPA, o “Asociación de práctica independiente”, es un grupo independiente de médicos y otros proveedores de atención médica que tienen un contrato para proporcionar servicios a miembros de organizaciones de cuidado administrado.

**Atención de emergencia:** corresponde a los servicios cubiertos que (1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

**Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF):** son los servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de los servicios del centro de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

**Autorización previa:** es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el Formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

**Auxiliar de atención médica a domicilio:** un auxiliar de atención médica a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención médica en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

**Ayuda adicional:** un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

**Área de servicio:** es un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

**Cancelar o cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

**Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF):** es un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y que ofrece una variedad de servicios como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, además de servicios de evaluación del entorno en el hogar.

**Centro quirúrgico ambulatorio:** un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes externos que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS):** es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

**Cobertura acreditable para medicamentos con receta:** cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

**Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare):** seguro que le ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Copago:** un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médicos, como una consulta con el médico, una consulta como paciente

externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una consulta al médico o por un medicamento con receta. NOTA: Usted no necesita pagar ningún copago por este plan.

**Coseguro:** es un monto que se le pedirá que pague como la parte que le corresponde de los costos por servicios o medicamentos con receta. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%). NOTA: Usted no necesita pagar ninguna membresía por este plan.

**Costo compartido:** el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específicos; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específicos. NOTA: Usted no necesita pagar ninguno de estos tipos de costo compartido por este plan.

**Costos que paga de su bolsillo:** consulte la definición de “costo compartido” más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro “paga de su bolsillo”. NOTA: No tendrá costos que paga de su bolsillo con este plan.

**Cuidado asistencial:** el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesite atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como, por ejemplo, usar gotas para los ojos.

**Deducible:** el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar. NOTA: En este plan usted no tiene ningún deducible.

**Departamento de Servicios para Miembros:** un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

**Determinación de cobertura:** una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este documento. El Capítulo 8 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

**Determinación de la organización:** el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando este toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento. El Capítulo 8 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

**Determinación integrada de la organización:** el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando este toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento. El Capítulo 8 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

**Dispositivos ortésicos y protésicos:** estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los productos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

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

**Equipos médicos duraderos (DME):** ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un médico para usar en el hogar.

**Evidencia de cobertura (EOC) e Información sobre divulgación:** en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

**Farmacia de la red:** una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explica en esta *Evidencia de cobertura*, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no tiene cobertura de nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Hospicio:** un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

**Hospitalización:** una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

**Indicación médicamente aceptada:** uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos y respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

**Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI):** es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”):** una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

**Límites de cantidad:** una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

**Medicaid (o Asistencia médica):** un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 se incluye más información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

**Medicamento de marca:** medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

**Medicamento genérico:** un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

**Medicamentos cubiertos:** es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

**Medicamentos de la Parte D:** medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su Formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

**Medicare:** el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

**Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del Plan”):** una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Multa por inscripción tardía de la Parte D:** un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía. Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si se queda sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más.

**Medicamento necesario:** son los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

**Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO):** un tipo de plan de cuidado administrado de Medicare en el que un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica aceptan brindar atención médica a beneficiarios de Medicare por un monto fijo de dinero que paga Medicare por mes. Por lo general, debe recibir atención de los proveedores del plan.

**Organización para la mejora de la calidad (QIO):** un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte el **Capítulo 2** para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

**Original Medicare** (“Medicare tradicional” o Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

**Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.**

**Parte D:** es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

**Persona con doble elegibilidad:** una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

**Período de beneficios:** la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

**Período de inscripción abierta de Medicare Advantage:** es un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones al plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage va del 1 de enero al 31 de marzo, y está disponible por un período de 3 meses después de que una persona se vuelve elegible para Medicare.

**Período de inscripción inicial:** el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

**Plan de necesidades especiales (SNP) equivalente a un plan institucional:** un Plan de necesidades especiales institucional que inscribe a personas elegibles que residen en la comunidad, pero que requieren atención de nivel institucional según la evaluación estatal. La evaluación debe llevarse a cabo con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención respectiva del estado y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Es posible que el Plan de necesidades especiales restrinja la inscripción solo a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si esto es lo necesario para garantizar una prestación uniforme de la atención especializada.

**Plan de necesidades especiales (SNP) institucional:** un Plan de necesidades especiales que inscribe a personas que residen de manera continua en una institución de cuidados a largo plazo (LTC) o que se espera que lo hagan por 90 días o más. Entre estos centros LTC se incluyen los siguientes: centro de atención de enfermería especializada (SNF); centro de atención de enfermería (NF); (SNF/NF); centro de atención intermedia para personas con

discapacidades intelectuales (ICF-ID) o centros psiquiátricos para pacientes internados. Un plan para necesidades especiales que brinda atención a personas con Medicare que sean residentes de un centro LTC debe tener un contrato con el(los) centro(s) LTC en cuestión o ser dueño de estos.

**Plan de necesidades especiales:** un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

**Plan de salud de Medicare:** un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

**Plan Medicare Advantage (MA):** a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan que ofrece una compañía privada y que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes de cobertura para medicamentos con receta de Medicare Advantage**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

**Plan PACE:** un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles, de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible mientras obtienen los servicios de atención de calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

**Prima:** el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de atención médica por una cobertura de salud o de medicamentos con receta. NOTA: Los inscritos en este plan no necesitan pagar ninguna prima.

**Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare:** es un programa que brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin

cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que tenga el cuidado que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Para obtener información sobre los proveedores de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

**Proveedor de la red:** “proveedor” es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos **“proveedores de la red”** cuando tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** es un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

**Póliza “Medigap” (Seguro complementario de Medicare):** el Seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Queja:** tipo de reclamo que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, incluido un reclamo relacionado con la calidad de la atención brindada. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

**Reclamo:** el nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”. El proceso de reclamos se aplica a ciertos tipos de problemas *únicamente*. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Queja” en esta lista de definiciones.

**Red:** es un grupo de médicos, hospitales, farmacias y otros expertos de atención médica contratados por nuestro plan para proporcionar servicios cubiertos a sus miembros (consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1). Los proveedores de la red son contratistas independientes y no agentes de nuestro plan.

**Servicios cubiertos:** es el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

**Servicios cubiertos por Medicare:** son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

**Servicios de rehabilitación:** estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

**Servicios de urgencia:** los servicios de urgencia son atención brindada para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

**Servicios no cubiertos de Medicare:** son los servicios que no están cubiertos normalmente cuando tiene Original Medicare. Generalmente, son beneficios adicionales que puede recibir como miembro del plan Medicare Advantage.

**Servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS):** el programa de MLTSS ofrece servicios a los miembros que necesitan el nivel de atención que generalmente se brinda en un centro de atención de enfermería, y les permite obtener la atención necesaria en un entorno residencial o comunitario. Los MLTSS incluyen, entre otros, los siguientes servicios: servicios de vida asistida, terapia cognitiva, del habla y ocupacional, fisioterapia, servicios de tareas domésticas, entrega de comidas a domicilio, modificaciones de la residencia (como instalación de rampas o barandas), modificaciones de vehículos, atención social diurna para adultos y transporte no médico. El programa de MLTSS está disponible para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos y financieros.

**Subsidio por bajos ingresos (LIS):** consulte “Ayuda adicional”.

**Tratamiento escalonado:** herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

## Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
<b>TELÉFONO</b>	1-844-362-0934  Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711  Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>FAX</b>	1-855-259-2087
<b>CORREO POSTAL</b>	Aetna Better Health of New Jersey 7400 W Campus Rd New Albany, OH 43054
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp">www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp</a>

## Programa estatal de seguros de salud (SHIP de Nueva Jersey)

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP de Nueva Jersey)
<b>TELÉFONO</b>	1-800-792-8820
<b>TTY</b>	711
<b>CORREO POSTAL</b>	NJ State Health Insurance Assistance Program PO Box 807 Trenton NJ 08625
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/">www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/</a>

**Declaración sobre divulgación de la PRA:** de acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.