

Advantage MD

2025



EVIDENCIA DE COBERTURA

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

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

Este documento le proporciona detalles sobre su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Por preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-877-293-4998. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a domingo. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes. Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. Esta llamada es gratuita.

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

Este documento está disponible gratis en español. Esta información está disponible en otros formatos (por ejemplo, braille, letra grande, audio).

Los beneficios, las primas, los deducibles y los copagos o coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

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

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

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

Y0124_HMO003EOC0924_C

Evidencia de cobertura para 2025

Índice

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá.....	10
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).....	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	15
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan	16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2: <i>Números telefónicos y recursos importantes</i>	19
SECCIÓN 1 Información de contacto de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) (cómo contactarnos, incluido cómo comunicarse con Servicios al Miembro).....	20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	26
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda gratuita, información y respuestas para sus preguntas sobre Medicare).....	27
SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad	28
SECCIÓN 5 Seguro Social	29
SECCIÓN 6 Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).....	30
SECCIÓN 7 Información acerca de los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	34
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	37
SECCIÓN 9 Puede obtener ayuda del Departamento de Envejecimiento de Maryland (Maryland Department of Aging, MDoA)	38
CAPÍTULO 3 <i>Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos</i>	40
SECCIÓN 1 Cosas que debe saber cuando recibe atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan.....	41
SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios	43
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, necesita atención urgente o durante un desastre	46

SECCIÓN 4	¿Qué ocurre si le facturan directamente el costo total de sus servicios?	49
SECCIÓN 5	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un estudio de investigación clínica?	50
SECCIÓN 6	Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud	52
SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos.....	53
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)</i>		55
SECCIÓN 1	Entendimiento de los servicios cubiertos.....	56
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué está cubierto	57
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos por fuera de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP)?	113
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan ni por Medicare?.....	114
CAPÍTULO 5: <i>Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D</i>		118
SECCIÓN 1	Introducción	119
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	120
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan	124
SECCIÓN 4	Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos	126
SECCIÓN 5	¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea?	128
SECCIÓN 6	¿Qué pasa si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?.....	130
SECCIÓN 7	¿Qué tipo de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	133
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	134
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	135
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y la manipulación de medicamentos.....	136
CAPÍTULO 6: <i>Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D</i>		139
SECCIÓN 1	Introducción	140
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento	143
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	143
SECCIÓN 4	No hay ningún deducible para Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP)	145
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde por los costos de medicamentos y usted paga por su parte	146

SECCIÓN 6	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.....	150
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las reciba.....	150
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>.....		153
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos.....	154
SECCIÓN 2	Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que ha recibido	156
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos.....	157
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		159
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	160
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	174
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)</i>		176
SECCIÓN 1	Introducción	177
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	178
SECCIÓN 3	¿Qué procesos debe llevar a cabo para solucionar su problema?	179
SECCIÓN 4	Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare.....	180
SECCIÓN 5	Una guía sobre la información básica de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	181
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	184
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	193
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura para una mayor permanencia en el hospital si cree que su médico le dio el alta demasiado pronto	204
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos la continuación de la cobertura de ciertos servicios médicos si considera que la cobertura dura muy poco	209
SECCIÓN 10	Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	214
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes.	217
SECCIÓN 12	Manejo de problemas sobre sus beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)	221

CAPÍTULO 10: <i>Finalización de su membresía en el plan</i>	222
SECCIÓN 1 Introducción a cómo finalizar su membresía en nuestro plan.....	223
SECCIÓN 2 ¿Cuándo finalizar su membresía con nuestro plan?.....	223
SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?	227
SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	231
SECCIÓN 5 Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) debe terminar su membresía con el plan en ciertas situaciones.....	232
CAPÍTULO 11: <i>Avisos legales</i>	234
SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente.....	235
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación	235
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario	236
CAPÍTULO 12: <i>Definiciones de términos importantes</i>	237

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

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

Está cubierto tanto por Medicare como por el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid):

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

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

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

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

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) está dirigido por una empresa privada. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan para Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de

Maryland para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

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

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos, así como también a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).

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

Si está confundido o preocupado, o tiene una pregunta, comuníquese con Servicios al Miembro.

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

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

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2025. También podríamos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) cada año. Cada año, puede seguir recibiendo cobertura

de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación de este.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad
--

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla los siguientes requisitos:

- Tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare.
- -- Y -- vivir en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque estén físicamente en ella.
- -- Y -- ser ciudadano de Estados Unidos o residir legalmente en Estados Unidos.
- -- Y -- cumplir con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

Importante: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro de los 6 meses, aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad).

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

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

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) (QMB+).

Sección 2.3	Aquí está el área de servicio del plan Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP)
--------------------	--

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea un miembro de nuestro plan, deberá utilizar su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que reciba en las farmacias de la red. También debe mostrarle a su proveedor su tarjeta del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Este es un ejemplo de la tarjeta de membresía para que sepa cómo será la suya:

 Member Name <F_NAME M_L_NAME> Member ID: <SBSB_ID> Health Plan: H1225 003 PCP: <PRPR_NAME> Phone#: <PRAD_PHONE> RxBIN: 004336 RxPCN: MEDDA0V RxGRP: <MEMR_MCTR_RX_GROUP> 	Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO) Effective Date: <MEIA_REQ_DT> In-Network Office Visit Copay: <SXX> Specialist Copay: <SXX> Urgent Care Copay: <SXX> ER Copay: <SXX> There are no out-of-network benefits. Members are fully liable for the cost of out-of-network services. 	 DO NOT BILL MEDICARE Medicare limiting charges apply. Submit medical claims to: Johns Hopkins Advantage MD PO Box 3537 Scranton, PA 18505 Present this card at the time of service and with every prescription.	For benefit information call Customer Service (Members and Providers): 1-877-293-4998 TTY: 711 or visit www.hopkinsmedicare.com 24-hour Nurse Chat Line: 1-888-202-8828 Over-the-Counter Health Solutions 1-888-628-2770 For non-Medicare covered dental related inquiries, please contact DentaQuest: 1-844-231-8318 Prior Authorization: 1-877-293-4998 Pharmacist Use Only: 1-866-693-4620
--	--	--	--

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

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

Sección 3.2 Directorio de proveedores

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

Debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la autorización correspondiente, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos con urgencia cuando la red no está disponible (es

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

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

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una (formulario electrónico o impreso) a Servicios al Miembro. Los *Directorios de proveedores* impresos se le enviarán por correo en un plazo de tres días laborables.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

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

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios al Miembro. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com.

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar. Incluye los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluidos en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP). Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).

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

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de cuáles medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.hopkinsmedicare.com) o comunicarse con el Servicios al Miembro.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Sección 4.5)

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren según los ingresos de cada persona. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte la Sección denominada *Costos de Medicare 2025* de su copia del manual *Medicare y Usted 2025*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, no paga una prima mensual del plan porque califica para la “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados. Mientras usted califique para recibir “Ayuda Adicional”, no pagará una prima mensual del plan (prima del plan de medicamentos recetados). Las personas con Medicare y Medicaid califican automáticamente para recibir la “Ayuda Adicional”. Debido a que usted califica para recibir la “Ayuda Adicional”, para el 2025 la prima mensual de nuestro plan es de \$0. Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

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

Para algunos miembros, es un requisito pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B.

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Debido a que tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía de la Parte D (Late Enrollment Penalty, LEP) no le corresponde siempre y cuando mantenga el estado de doble elegibilidad. Sin embargo, si pierde ese estado, puede corresponderle una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento luego de que termine su período de inscripción inicial, transcurre

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

un período de 63 días consecutivos o más sin que tenga cobertura de la Parte D o de otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Una cobertura acreditable de medicamentos recetados es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como el estándar de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá del tiempo que usted permaneció sin cobertura acreditable de la Parte D o de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa por el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

No tendrá que pagar en los siguientes casos:

- Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Si transcurren menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Si ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). Su aseguradora o su Departamento de Recursos Humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Se le puede enviar la información en una carta o en un boletín informativo de su plan. Guarde esta información porque podría necesitarla si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Todos los avisos deben especificar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos recetados que se espera que pague, al menos, la misma cantidad que el plan estándar de Medicare para medicamentos recetados.
 - **Nota:** Lo siguiente *no* es una cobertura acreditable de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento para medicamentos.

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

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que tardó en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, luego de que fuera elegible para inscribirse. O cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo una cobertura acreditable de medicamentos recetados, si la interrupción de su cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare del país en base al año anterior. Para 2025, el monto promedio de la prima es de \$36.78.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y el monto promedio mensual de la prima y luego redondéelo al múltiplo de 10 centavos más cercano. En este ejemplo, esto sería el 14 % de \$36.78, lo que es igual a \$5.1492. Este monto se agregará a la **prima mensual de alguien con multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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

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

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

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

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

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto supera determinado importe, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para más información sobre el monto adicional que puede que deba pagar dependiendo de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

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

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

Sección 4.5	Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare
--------------------	---

Si forma parte del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes seguirá pagando la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan médico o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagarlos en la farmacia). El monto mensual facturado se basa en los medicamentos recetados que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses restantes en el año.

La Sección 7 del Capítulo 2 tiene más detalles sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado de esta opción de pago, siga los pasos en el Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

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

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

Sin embargo, en algunos casos, quizás pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si se adeuda. O deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si usted pasa a ser elegible para el programa de "Ayuda Adicional" o si pierde su elegibilidad para dicho programa durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para "Ayuda Adicional" durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la "Ayuda Adicional", puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Puede obtener información más detallada sobre el programa "Ayuda Adicional" en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

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

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

Infórmenos acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número telefónico.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación a los trabajadores o el Departamento de Salud de Maryland [Medicaid]).
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si ha sido ingresado en un hogar de reposo.
- Si ha recibido atención en un hospital o sala de emergencia fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia de responsable designado (como un proveedor de cuidados).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que planea participar, pero le sugerimos que lo haga).

Si parte de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios al Miembro.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que recopilemos información de su parte sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto es necesario, ya que debemos coordinar

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

cualquier otra cobertura que usted tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. A esto se le llama **coordinación de beneficios**.

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Información de contacto de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) (cómo contactarnos, incluido cómo comunicarse con Servicios al Miembro)

Cómo comunicarse con nuestros Servicios al Miembro

Para recibir asistencia con reclamaciones, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembros, llame o escriba a Servicios al Miembro de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP). Con gusto le ayudaremos.

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

Cómo contactarnos cuando solicita una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	<p>Medical & Parte D: 1-877-293-4998 (apelaciones y decisiones de cobertura)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Medical & Parte D: Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. (decisiones de cobertura y apelaciones)</p>
TTY	<p>Medical & Parte D: 711 (apelaciones y decisiones de cobertura)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Medical & Parte D: Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>(decisiones de cobertura y apelaciones)</p>

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto	
FAX	<p>Medical: 1-855-206-9203 (decisiones de cobertura) 1-410-424-2806 (apelaciones)</p> <p>Parte D: 1-855-633-7673 (decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	
ESCRIBA A	<p>Medical: Coverage decisions: Johns Hopkins Advantage MD P.O. Box 3538 Scranton, PA 18505</p> <p>Appeals: Johns Hopkins Advantage MD Appeals PO Box 8777 Elkridge, MD 21075</p>	<p>Part D: Coverage decisions & Appeals: Johns Hopkins Advantage MD c/o CVS Caremark Part D Services Coverage Determination & Appeal Dept. P.O. Box 52000 MC 109 Phoenix, AZ 85072-2000</p>
SITIO WEB	<p>Medical & Parte D: www.hopkinsmedicare.com (apelaciones y decisiones de cobertura)</p>	

Cómo contactarnos cuando presenta una queja sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Quejas sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
LLAME AL	<p>Medical & Parte D: 1-877-293-4998</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Medical & Parte D:</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.</p>
TTY	<p>Medical & Parte D: 711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Medical & Parte D:</p> <p>Horario de atención:</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p>
FAX	<p>Medical: 1-855-825-7726</p> <p>Parte D: 1-866-217-3353</p>

Método	Quejas sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D: Información de contacto
ESCRIBA A	Medical: Johns Hopkins Advantage MD P.O. Box 3507 Scranton, PA 18505 Parte D: Johns Hopkins Advantage MD c/o CVS Caremark Medicare Part D Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) no está obligado a proporcionar o pagar los beneficios de Medicaid o las obligaciones de costos compartidos cuando la Agencia de Medicaid del Estado de Maryland tiene esa obligación. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios al Miembro.

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que considera que debemos pagar, quizás tenga que solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar el pago de nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago: Información de contacto
LLAME AL	<p>Medical & Parte D: 1-877-293-4998</p> <p>Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados. Las llamadas a este número son gratuitas.</p>
TTY	<p>Medical & Parte D: 711. Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Medical & Parte D: Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.</p>
FAX	Medical: 1-855-206-9203; Parte D: 1-855-633-7673
ESCRIBA A	<p>Medical: Johns Hopkins Advantage MD P.O. Box 3537 Scranton, PA 18505</p> <p>Parte D: Johns Hopkins Advantage MD C/o CVS/c/o CVS Caremark Part D Services P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066</p>
SITIO WEB	Medical & Parte D: www.hopkinsmedicare.com

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

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

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

Método	Medicare: Información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere de un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<u>www.Medicare.gov</u> Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y temas de actualidad sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de reposo, médicos, agencias para el cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar los contactos de Medicare para su estado. Este sitio web de Medicare también contiene información sobre su elegibilidad para ser miembro de Medicare y las opciones de inscripción por medio de las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información sobre el estatus de elegibilidad para ser miembro de Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados que ofrece Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas suministran un <i>aproximado</i> de sus costos de bolsillo en los diferentes planes de Medicare.

Método	Medicare: Información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede presentar cualquier queja ante Medicare sobre Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) a través del sitio web:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas seriamente y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene computadora, su biblioteca local o centro de atención para ciudadanos de la tercera edad pueden prestarle sus computadoras para acceder a dicho sitio web. O puede llamar a Medicare y decirles qué información necesita. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

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

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

Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los consejeros del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de planes que Medicare le ofrece y responder sus preguntas sobre cambios de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y a OTROS RECURSOS:

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

Método	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos: Información de contacto
LLAME AL	1-800-243-3425
TTY	1-800-735-2258 Este número requiere de un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla.
ESCRIBA A	Maryland Department of Aging 301 West Preston Street, Suite 1007 Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de la Calidad

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

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que Medicare les paga para que comprueben la calidad del cuidado de los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe contactar a Livanta en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Piensa que la cobertura de su estadía en el hospital termina muy pronto.
- Piensa que la cobertura de los servicios de atención médica en el hogar, atención de centros de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan muy pronto.

Método	Livanta (Organización de Mejoramiento de la Calidad de Maryland): Información de contacto
LLAME AL	1-888-396-4646 Horario de atención: Lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semanas y feriados de 10:00 a. m. a 4:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Livanta 10820 Guilford Rd Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://www.livantaqio.cms.gov/en/states/Maryland

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social se encarga de determinar la elegibilidad y el manejo de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, con discapacidades o que padezcan de una enfermedad renal en etapa terminal y que cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para ser beneficiarios de Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

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

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

Método	Seguro Social: Información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. de lunes a viernes. Puede usar el servicio telefónico automatizado del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas.

Método	Seguro Social: Información de contacto
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere de un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)

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

- En línea a través de myDHR.
- Enviando la solicitud completa por correo a su departamento local de servicios sociales.
- En persona en el departamento de servicios sociales de su localidad.
- Descargando la solicitud para enviarla por correo o llevándola en persona al departamento de servicios sociales de su localidad.
 - Solicitud de asistencia (inglés)
 - Solicitud de asistencia (español)

SI usted está incapacitado o tiene más de 65 años y recibe SSI y Medicare:

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

DSS del Condado de Anne Arundel

80 West Street
Annapolis, MD 21401

(Edificio del Tribunal de Distrito)

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

Correo electrónico: aacounty.dhs@maryland.gov

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

DSS del Condado de Baltimore

6401 York Road
Baltimore, Maryland 21212
Teléfono: 410-853-3000
Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

DSS del Condado de Carroll

1232 Tech Court
Westminster, Maryland 21157
Teléfono: 410-386-3300
Fax: 410-386-3429
Correo electrónico: dlcarrolldept_dhr@maryland.gov
Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

DSS del Condado de Frederick

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

Ubicación:
1888 North Market Street
Frederick, Maryland 21701
Teléfono: 301-600-4555
Fax: 301-600-4550
Correo electrónico: FCDSS.info@maryland.gov.
Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

DSS del Condado de Howard

9780 Patuxent Woods Drive
Columbia, Maryland 21046
Teléfono: 410-872-8700
Correo electrónico: howco.dss@maryland.gov
Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

DSS del Condado de Montgomery

Oficina principal (no servicio público)
401 Hungerford Drive, 5th Floor
Rockville, Maryland 20850

Centro Silver Spring del DHHS

8818 Georgia Ave.
Silver Spring, MD 20910

Oficinas del DHHS

1401 Rockville Pike
Rockville, MD 20852

Edificio del DHHS del centro del Condado

1301 Piccard Drive
Rockville, MD 20850

Centro de servicios regionales del norte del Condado

2nd Floor, 12900 Middlebrook Rd.
Germantown, MD 20874
Teléfono: 240-777-0311
Fax: 240-777-1494
TTY: Use el servicio de retransmisión MD 711

DSS del Condado de Somerset

30397 Mt. Vernon Road
Princess Anne, Maryland 21853
Teléfono: 410-677-4200
Fax: 410-677-4300
Correo electrónico: somerset.dss@maryland.gov
Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

DSS del Condado de Washington

122 North Potomac Street
Hagerstown, Maryland 21740
Teléfono: 240-420-2100
Fax: 240-420-2125

DSS del Condado de Wicomico

201 Baptist Street, Suite 27
Salisbury, Maryland 21801
Teléfono: 410-713-3900
Fax: 410-713-3910
Correo electrónico: wicodss.county@maryland.gov
Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

DSS del Condado de Worcester

299 Commerce Street
Snow Hill, Maryland 21863
P.O. Box 39
Snow Hill, Maryland 21863
Correo electrónico: worcester.dss@maryland.gov
Teléfono: 410-677-6800
Fax: 410-677-6810
Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).

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

Método	Departamento de Salud de Maryland (Medicaid): Información de contacto
LLAME AL	1-410-767-6500 o 1-800-492-5231 Horario de atención: Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
ESCRIBA A	Maryland Medical Assistance Program 201 West Preston Street Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://health.maryland.gov/mmcp/pages/home.aspx

El Programa del Defensor del Pueblo de Maryland ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Ellos pueden ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan.

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

El Defensor de Atención a Largo Plazo del Estado (Defensor de Maryland de Atención a Largo Plazo) ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de reposo y a resolver problemas entre los hogares de reposo y los residentes o sus familias.

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

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

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) provee información sobre cómo reducir sus costos de medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Debido a que es elegible para el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), usted califica y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda Adicional”.

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible 24 horas, 7 días a la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778; o bien
- La Oficina del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) de su estado. (Vea la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

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

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

¿Qué sucede si cuenta con Ayuda Adicional y cobertura de un Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP)?

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

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles que padecen VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) de Maryland. **Nota:** Para ser elegible para el ADAP que se ofrece en su estado, los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo una constancia de residencia en dicho estado y la condición del VIH, constancia de bajos ingresos según lo establecido por el estado y estar en situación de no asegurado o infra-asegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-410-767-6535 o al 1-800-205-6308 (TTY: 1-800-735-2258).

Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica

Muchos estados cuentan con Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades económicas, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene normas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

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

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

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero-diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.** La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Contáctenos o visite Medicare.gov para saber si esta opción de pago es para usted.

Método	Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare: Información de contacto
LLAME AL	1-877-293-4998 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Servicios al Miembro también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
ESCRIBA A	Johns Hopkins Advantage MD Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
SITIO WEB	HopkinsMedicare.com/mppp

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

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

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

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

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

Las siguientes Agencias del Área para el Envejecimiento también proporcionan una variedad de servicios para adultos, que incorporan vida asistida, servicios de protección y programas de discapacidad temporal. Los servicios de transporte para personas mayores y personas con discapacidades también se brindan a nivel del condado a través de una división del departamento para envejecimiento o de un departamento de transporte aparte.

Departamento de Envejecimiento y Discapacidades del Condado de Anne Arundel
 2666 Riva Road Annapolis, MD 21401
 Teléfono: 410-222-4464

Departamento de Envejecimiento del Condado de Baltimore
 611 Central Avenue, Towson, Maryland 21204
 Teléfono: 410-887-2594

Oficina de Envejecimiento y Discapacidades del Condado de Carroll
125 Stoner Avenue, Westminster, MD 21157
Teléfono: 410-386-3800

División de Envejecimiento e Independencia del Condado de Frederick
1440 Taney Avenue, Frederick, MD, 21702
Teléfono: 301-600-1234

Oficina de Envejecimiento e Independencia del Condado de Howard
6751 Columbia Gateway Drive, 2nd Floor Columbia, MD 21046
Teléfono: 410-313-6410

Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
401 Hungerford Drive, 3rd Floor Rockville, MD 20850
Teléfono: 240-777-3000

Comisión de Envejecimiento del Condado de Somerset
11916 Somerset Avenue, Suite 120, Princess Anne, MD 21853
Teléfono: 410-651-3400

Comisión de Envejecimiento del Condado de Washington
535 East Franklin Street, Hagerstown, Maryland 21740
Teléfono: 301-790-0275

Comisión de Envejecimiento del Condado de Wicomico
MAC, Inc. 909 Progress Circle, Salisbury, Maryland 21804
Teléfono: (410) 742-0505

Comisión de Envejecimiento de Worcester
4767 Snow Hill Rd, Snow Hill, MD 21863
Teléfono: 410-623-9915

CAPÍTULO 3

Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber cuando recibe atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

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

Para obtener detalles sobre cuál atención médica y otros servicios están cubiertos por nuestro plan, consulte la tabla de beneficios del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*).

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

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

Sección 1.2 Normas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica y otros servicios

Como plan de salud de Medicare, Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios brindados por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4).

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

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

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con las normas aceptadas en la práctica médica.
- **Usted tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, usted deberá obtener la aprobación de su PCP de la red antes de solicitar los servicios de otros proveedores de la red de este plan, por ejemplo: especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o centros de atención médica a domicilio. Esto se conoce como hacerle una remisión. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más información al respecto.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios necesarios con urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (consulte la Sección 2.2 de este capítulo para obtener más información al respecto).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener más información al respecto). En la mayoría de los casos, no se cubre la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Aquí hay tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios necesarios con urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para ver qué significa servicios de emergencia o requeridos con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener una autorización del plan antes de buscar atención. En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo para usted. Consulte la Sección 2.4 de este capítulo para obtener más información sobre cómo obtener una aprobación para ver a un médico fuera de la red.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible temporalmente o está inaccesible. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe tratamiento de diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios

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

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

- Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico, un enfermero o un asistente médico que administra la atención primaria y preventiva de los miembros de Johns Hopkins Advantage MD y actúa como coordinador para remisiones de especialidades y para la atención como paciente hospitalizado.
- Un PCP puede ser un médico con especialidad médica en Medicina Interna, Práctica General, Medicina Geriátrica, Medicina Familiar o un enfermero certificado con especialidad clínica en adultos, geriátricos y cuidados de la familia, o alguna otra designación como lo permite el estado de Maryland para los CMS para la participación en Medicare.
- La atención primaria incluye el cuidado completo de la salud y servicios de apoyo y comprende la atención de enfermedades graves, accidentes menores, atención de seguimiento de problemas médicos continuos y mejor atención médica preventiva. El PCP provee la atención ya sea de manera directa o deriva al miembro a un servicio apropiado o especialista cuando los tratamientos se encuentran fuera del alcance de la práctica del PCP.
- El consultorio del PCP es responsable de identificar las fuentes de la atención especializada, hacer remisiones y coordinar todo el cuidado.
- El PCP además ayudará a obtener una autorización previa para servicios, si se requiere dentro del alcance de la práctica del PCP.

¿Cómo escoger un PCP?

Un miembro puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) del *Directorio de proveedores*. Los proveedores que tienen un contrato con el plan como PCP son agregados en la Sección Atención primaria del *Directorio de proveedores*. Si no elige un PCP cuando se inscribe por primera vez en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP), el plan puede elegir uno por usted. Se le notificará por escrito si se selecciona un PCP por usted y puede cambiar esta selección del PCP en cualquier momento.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. De igual manera, es posible que su PCP se retire de la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que encontrar un PCP nuevo.

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Cuando seleccione un nuevo PCP, ese médico será parte de la red de proveedores de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP). Si necesita una remisión a otro proveedor, su PCP lo remitirá a través de la red de proveedores SNP de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).

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

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede obtener sin la remisión de su PCP?

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

- Atención ginecológica de rutina de la mujer, que incluye examen de los senos, mamografías preventivas (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los realice con un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia suministrados por proveedores de la red o fuera de la red.
- Servicios cubiertos por el plan requeridos con urgencia, que son servicios que requieren atención médica inmediata pero que no son una emergencia siempre y cuando usted se encuentre fuera del área de servicio del plan, o no sea razonable dada la hora, el lugar y las circunstancias recibir este servicio de los proveedores de la red que tienen contrato con el plan. Ejemplos de servicios requeridos con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o reparaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias con el proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias con urgencia aun si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está temporalmente disponible.
- Los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. De ser posible, por favor comuníquese con Servicios al Miembro antes de salir del área de servicio, a fin de que podamos hacer las gestiones para que reciba su diálisis regular mientras esté ausente.

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

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

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer.

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Los cardiólogos tratan a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas tratan pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Cómo acceder a especialistas y otros proveedores de la red

- El PCP puede derivar al miembro a un servicio apropiado o especialista cuando los tratamientos se encuentran fuera del alcance de la práctica del PCP.
- Para poder ayudarlo a obtener la atención que usted necesita y aprovechar al máximo su cobertura, el plan puede requerir cierta información para determinar la cobertura de algunos cuidados, o servicios, esto se llama autorización previa. Nuestros auditores de cuidados clínicos y doctores siguen estos lineamientos establecidos para tomar estas decisiones de cobertura. Por favor consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa. Para obtener una autorización previa, su proveedor de atención primaria o de cuidados especiales deberá contactar a nuestra línea de Gestión Médica al 1-844-560-2856 o puede enviar un fax con la solicitud al 1-855-704-5296.
- Los PCP participantes deben remitir a proveedores participantes, para que los servicios de los miembros sean procesados en un nivel de beneficios dentro de la red.

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

Es posible que durante el año hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan. Si su médico o especialista abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le avisaremos que su proveedor va a dejar nuestro plan a fin de que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
 - Si su médico de atención primaria o proveedor de atención de la salud conductual deja nuestro plan, le avisaremos si ha estado viendo a ese proveedor durante los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, recibe actualmente atención de él o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado dentro de la red al que pueda acceder para seguir recibiendo atención.
- Si actualmente usted está bajo tratamiento médico o realizando terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos para garantizarlo, que el tratamiento o la terapia médicamente necesarios que usted está recibiendo no sean interrumpidos.

- Le informaremos sobre los distintos períodos de inscripción que tiene a su disposición y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Nos ocuparemos de cualquier prestación cubierta médicamente necesaria fuera de nuestra red de proveedores, pero con gastos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o prestación dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se requiere autorización previa.
- Si se entera que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para gestionar su atención.
- Si considera que no le hemos brindado un proveedor calificado para reemplazar al anterior, o que su atención no se está gestionando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

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

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

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

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

Sección 3.1	Recibir atención si tiene una emergencia médica
--------------------	--

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

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

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. *No* necesita obtener la aprobación o una remisión de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no son parte de nuestra red. Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios requeridos con urgencia ni cualquier otro servicio de atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- **Asegúrese de notificar a nuestro plan sobre su emergencia tan pronto sea posible.** Necesitamos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para notificarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas. Llámenos al 1-877-293-4998 (TTY 711) del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a domingo. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes. Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados para que lo ayudemos.

¿Qué cubrimos si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que otra forma de traslado a la sala de emergencias pueda poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

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

Cuando pase la emergencia, usted tiene derecho a atención de seguimiento para garantizar que su condición se mantenga estable. Sus médicos seguirán atendiéndolo hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen la atención adicional. Su atención de seguimiento será cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

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

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de una de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- –o– La atención adicional que recibe se considera “servicios requeridos con urgencia” y usted sigue las reglas para recibir esta atención de urgencia. Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación.

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

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata pero que no son una emergencia es un servicio requerido con urgencia siempre y cuando usted se encuentre fuera del área de servicio del plan, o no sea razonable dada la hora, el lugar y las circunstancias recibir este servicio de los proveedores de la red que tienen contrato con el plan. Ejemplos de servicios requeridos con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o reparaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias con el proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias con urgencia aun si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está temporalmente disponible.

El plan ha realizado acuerdos con centros de atención de urgencia en el área de servicio. Vea el *Directorio de proveedores*, o visite el sitio web www.hopkinsmedicare.com para encontrar los servicios más cercanos a usted.

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

Sección 3.3 Recibir atención médica durante un desastre

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

Visite este sitio web: www.hopkinsmedicare.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

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

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos los servicios cubiertos

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

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

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

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no estaban autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios. Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) lo ayudará a verificar si los servicios están cubiertos por el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) y lo ayudará a coordinar ese servicio si está cubierto.

Con respecto a los servicios cubiertos con límite de beneficio, también debe pagar el costo completo de cualquier servicio luego de que haya usado todo su beneficio por ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, si su plan cubre un examen físico de rutina por año y usted recibe ese examen físico de rutina, pero elige tener un segundo examen físico de rutina dentro del mismo año, usted paga el costo total del segundo examen físico de rutina. Cualquier monto que pague después de haber alcanzado el límite de beneficios no cuenta para su costo de bolsillo máximo anual. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el monto máximo de costos de bolsillo).

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un estudio de investigación clínica?

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

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

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

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

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que le brinden atención médica como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan formar parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar los beneficios. Entre ellas se incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones nacionales de cobertura (National Coverage Determinations, NCD) y los estudios de dispositivos en investigación (investigational Device Trials, IDE), y pueden estar sujetas a autorización previa y otras normas del plan.

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

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

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por qué cosa?**

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

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

Luego de que Medicare haya pagado su parte de los costos por estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación.

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

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando, a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio, aunque usted *no* estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios que se proporcionan únicamente para recopilar datos y que no se utilicen en su cuidado de salud directo. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio, si su condición médica normalmente requiriese de una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación sin cargo a los inscritos en el ensayo.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los Estudios de Investigación Clínica). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos

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

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

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

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

Si no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Original Medicare a fin de ser propietario de este. No se contabilizan los pagos realizados mientras estuvo inscrito en su plan.

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

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

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) identificará para los miembros con doble elegibilidad aquellos beneficios para los que el miembro puede ser elegible según el programa estatal del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) que sean servicios parcialmente

Capítulo 3. Uso del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

cubiertos o no cubiertos por el plan Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) del miembro.

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

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

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

Si abandona Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

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

CAPÍTULO 4:

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

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

Este capítulo contiene una Tabla de beneficios médicos que detalla sus servicios cubiertos como miembro de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP). Posteriormente, encontrará información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones de ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

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

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

Nota: Puesto que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo correspondiente al monto máximo de costos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Como usted está inscrito en un Medicare Advantage Plan, existe un límite en la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se llama monto máximo de costos de bolsillo (MOOP) para los servicios médicos. Para el año calendario 2025, este monto es \$8,850.

Los montos que pague por copagos y coaseguro por servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de costos de bolsillo. Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de costos de bolsillo de \$8,850, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto****Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan**

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

- Los servicios que cubre Medicare deben ser provistos de acuerdo con las pautas establecidas por Medicare.
- Sus servicios (lo que incluye la atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. *Médicamente necesarios* significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada MA debe proporcionar un período de transición de 90 días durante el cual el nuevo plan MA puede no requerir autorización para ningún curso activo de tratamiento, aun si el curso de tratamiento fue un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que sea atención de emergencia o que se necesita con urgencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle una aprobación previa antes de que pueda ver a otros proveedores de la red del plan. Esto se conoce como hacerle una remisión.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación por adelantado (llamada en ocasiones “autorización previa”) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos en letra cursiva.

Otros detalles importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Está cubierto tanto por Medicare como por el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. El Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) cubre su costo compartido por los

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

servicios de Medicare, incluidas las primas, el deducible, el coaseguro y el copago. El Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, ciertos medicamentos de venta libre, servicios en el hogar y en la comunidad u otros servicios exclusivos del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y Usted 2025*. También puede revisarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- También cubrimos sin costo alguno todos los servicios preventivos cubiertos de manera gratuita por Original Medicare. Sin embargo, si también recibe tratamiento o seguimiento para una condición médica existente durante su cuidado preventivo, tendrá que pagar un copago por este cuidado recibido, que el proveedor facturará al Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) si su elegibilidad para Medicaid está vigente en el momento del servicio.
- Si Medicare suma cobertura por cualquier servicio nuevo durante el 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si está dentro del período de 6 meses de nuestro plan que se considera de elegibilidad continua, seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente, ni pagaremos las primas de Medicare o los costos compartidos por los que el estado sería responsable si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid.

Miembros que son QMB (beneficiarios calificados de Medicare) o tienen beneficios completos de Medicaid: si pierde su elegibilidad para el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), puede permanecer inscrito en este plan de Medicare hasta por 6 meses. Se debe volver a inscribir en Medicaid antes de que finalice el período de 6 meses para mantener sus beneficios de Medicare con este plan. Durante el período de 6 meses, si consulta a su proveedor, tendrá costos de bolsillo que su plan de Medicare no cubrirá. Usted será responsable de esos costos hasta que recupere su elegibilidad para Medicaid. Sus costos de bolsillo pueden incluir deducibles, copagos y coaseguros del plan de Medicare hasta los montos de Original Medicare, los cuales puede encontrar en www.medicare.gov. Además, deberá pagar la prima del plan cubierta anteriormente por el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Si recibe servicios durante este tiempo, será responsable de hasta \$8,850 por los servicios cubiertos por Medicare correspondientes. Llame a Servicios al Miembro (los números telefónicos se encuentran impresos en el dorso de este documento) para obtener información adicional sobre los costos de bolsillo durante el período de gracia.

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

Si no se vuelve a inscribir en el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) durante el período de 6 meses, se cancelará su inscripción en nuestro plan. Se lo inscribirá en Original Medicare. Para volver a inscribirse en Medicaid, comuníquese con la oficina del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).

No paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante de beneficios para afiliados con afecciones crónicas

- Si le diagnostican las afecciones crónicas que se identifican a continuación y cumple con ciertos criterios, es posible que sea elegible para recibir beneficios complementarios especiales por enfermedades crónicas. Este beneficio complementario se otorgará a los miembros que califiquen a través de una tarjeta prepagada de gastos flexible que se puede usar para pagar ciertos servicios públicos y alimentos saludables.
- La elegibilidad se determina mediante una consulta con el médico, en donde este indique que usted tiene al menos una de las siguiente afecciones que califican:
 - Dependencia crónica del alcohol y otras drogas;
 - Estos trastornos autoinmunes:
 - Poliarteritis nudosa,
 - Polimialgia reumática,
 - Polimiositis,
 - Artritis reumatoidea, y
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Cáncer, excepto afecciones previas al cáncer o estados in-situ;
 - Estos trastornos cardiovasculares:
 - Arritmias cardíacas,
 - Enfermedad de arteria coronaria,
 - Enfermedad vascular periférica, y
 - Enfermedad tromboembólica venosa crónica;
 - Insuficiencia cardíaca crónica;
 - Demencia;
 - Diabetes mellitus;
 - Enfermedad hepática en etapa terminal;
 - Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que requiere diálisis;
 - Estos trastornos hematológicos graves:
 - Anemia aplástica,
 - Hemofilia,
 - Púrpura trombocitopénica inmunológica,
 - Síndrome mielodisplásico,
 - Enfermedad de células falciformes (excepto rasgo drepanocítico), y

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

- Enfermedad tromboembólica venosa crónica;
- VIH/SIDA;
- Estos trastornos pulmonares crónicos:
 - Asma,
 - Bronquitis crónica,
 - Enfisema,
 - Fibrosis pulmonar, y
 - Hipertensión pulmonar;
- Estas afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes:
 - Trastornos bipolares,
 - Trastornos depresivos complejos,
 - Trastorno paranoico,
 - Esquizofrenia, y
 - Trastorno esquizoafectivo;
- Estos trastornos neurológicos:
 - Esclerosis lateral amiotrófica (LAS),
 - Epilepsia,
 - Parálisis progresiva (p. ej., hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia), enfermedad de Huntington,
 - Esclerosis múltiple,
 - Enfermedad de Parkinson,
 - Polineuropatía,
 - Estenosis espinal, y
 - Insuficiencia neurológica por accidente cerebrovascular; y
- Accidente cerebrovascular
- El plan médico administra este beneficio y se presenta ante CMS como parte del programa Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Deben cumplirse ciertos criterios de elegibilidad para calificar para este programa.
- Criterios de elegibilidad
 - El miembro debe realizar una consulta con su médico. La elegibilidad se determina presentando una reclamación de parte del médico para el plan de salud. La reclamación debe incluir uno o más códigos de diagnóstico que coincidan con una afección que califique (consulte las afecciones que califican arriba).
- Para más información sobre este beneficio y la elegibilidad, llame a Servicios al Miembro al 1-877-293-4998 (TTY: 711).
- Consulte *Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos para obtener más detalles.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

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

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

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Es un ultrasonido de diagnóstico que se realiza una sola vez para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si tiene remisión para ello por parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.</p>
<p>Acupuntura para dolor crónico en la región lumbar</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aquel que dura 12 semanas o más; • inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con la cirugía; y • no está asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p>	<p>Copago de \$0 por cada consulta cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Acupuntura para dolor crónico en la región lumbar (continuación)</p> <p>Los asistentes médicos (PA), los enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en 1861 (aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p><i>(Se requiere autorización previa).</i></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, sea que se trate de una situación de emergencia o no, incluyen ala fija, ala giratoria y servicios de ambulancia terrestre hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención, solo si son proporcionados a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que el estado del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Copago de \$0 por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Examen físico anual</p> <p>El plan cubre un examen físico de rutina, además de la consulta anual de bienestar, una vez al año.</p> <p>Este examen incluye una historia clínica/familiar detallada y la realización de una evaluación detallada desde la cabeza hasta los pies, incluido un examen manual de todos los sistemas orgánicos.</p> <p>Los servicios adicionales incluyen órdenes de seguimiento para remisiones a otros médicos, pruebas de laboratorio, pruebas de detección clínica, EKG, recomendaciones para pruebas preventivas, vacuna(s), y orientación sobre comportamientos saludables.</p>	<p>Copago de \$0 por examen físico anual.</p>
<p> Consulta anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede hacerse una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber tenido una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para que le cubramos su consulta anual de bienestar si ha tenido la Parte B por 12 meses.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para la consulta anual de bienestar.</p>
<p> Examen de densitometría ósea</p> <p>Para individuos que califiquen (personas con riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia de ser médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, lo que incluye una interpretación médica de los resultados.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible de Medicare para beneficiarios que califiquen para la densitometría ósea.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama cada 24 meses 	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Cubrimos programas completos de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y orientación para miembros que cumplen con ciertas condiciones con una orden médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Copago de \$0 por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.</p>
<p> Consulta para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una consulta al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico quizás le recomiende el uso de aspirina (si corresponde), medirá su presión arterial y le dará consejos para asegurarse de que se está alimentando correctamente.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Evaluaciones cardiovasculares</p> <p>Exámenes de sangre para detectar una enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para los exámenes de enfermedades cardiovasculares cubiertos una vez cada 5 años.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer de cuello uterino y cáncer vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Se cubren exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de padecer cáncer vaginal o de cuello uterino o si está en la edad reproductiva y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvico cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p><i>(Es posible que necesite una autorización previa).</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. <p>Además de los beneficios cubiertos de Medicare, también ofrecemos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica de rutina no cubierta por Medicare que incluya manipulación manual de la columna vertebral por cualquier otra razón. 	<p>Copago de \$0 por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare.</p> <p>Servicios quiroprácticos no cubiertos por Medicare:</p> <p>Copago de \$0 por hasta 12 consultas de servicios quiroprácticos al año.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes sin riesgo elevado, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes sin riesgo elevado de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con riesgo elevado después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presenten un riesgo elevado después de haberse sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan criterios de alto riesgo. Una cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema opaco de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después de la última enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para los exámenes de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, quedan excluidos de esta medida los enemas de bario, para los que aplica un copago/coaseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p> <p>Copago de \$0 por cada enema de bario cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios odontológicos*</p> <p><i>(Es posible que se necesite una autorización previa para los servicios odontológicos completos no cubiertos por Medicare).</i></p> <p>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios odontológicos en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio forma parte integrante del tratamiento específico de la enfermedad primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte a la mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón.</p> <p>Cubrimos servicios completos y de prevención.</p> <p>Servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas • Exámenes bucales • Rayos X odontológicos • Flúor 	<p>Servicios completos cubiertos por Medicare:</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Servicios preventivos:</p> <p>Limpiezas: copago de \$0</p> <p>Exámenes bucales: copago de \$0</p> <p>Rayos X odontológicos: copago de \$0</p> <p>Flúor: copago de \$0</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios odontológicos* (continuación)</p> <p>Servicios completos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de reparación dental • Endodoncia • Periodoncia • Servicios de prostodoncia extraíble • Servicios de prótesis maxilofacial • Servicios de implantes • Servicios de prostodoncia fija • Servicios quirúrgicos orales y maxilofaciales • Servicios generales complementarios <p>Todos los servicios y costos se indican en la sección “Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios” de este beneficio. Para los servicios cubiertos: Los servicios odontológicos reconocidos por ADA están cubiertos, excepto los servicios cosméticos, los que se consideran de naturaleza médica y los cambios administrativos.</p> <p>Pueden aplicarse la necesidad médica y otras exclusiones.</p> <p>El raspado del sarro en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada, los procedimientos de mantenimiento periodontal y el tratamiento paliativo de dolor dental se consideran servicios preventivos y no tienen un coaseguro y están excluidos del máximo anual.</p> <p>Cubrimos los servicios odontológicos preventivos mediante DentaQuest. Para saber si su proveedor dental está dentro de nuestra red, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-877-293-4998. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	<p>Monto máximo de cobertura de \$2,500 por año para servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios completos:</p> <p>Servicios de restauración: copago de \$0</p> <p>Endodoncia: copago de \$0</p> <p>Periodoncia: copago de \$0</p> <p>Servicios de prostodoncia extraíble: copago de \$0</p> <p>Servicios de prótesis maxilofacial: copago de \$0</p> <p>Servicios de implantes: copago de \$0</p> <p>Servicios de prostodoncia fija: copago de \$0</p> <p>Servicios quirúrgicos orales y maxilofaciales: copago de \$0</p> <p>Servicios generales complementarios: copago de \$0</p> <p>Los beneficios odontológicos integrales y preventivos no cuentan en su límite anual de gastos de bolsillo.</p>
<p> Evaluación de cuadros depresivos</p> <p>Cubrimos una evaluación de cuadros depresivos por año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o remisión.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para una consulta anual de evaluación de depresión.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta evaluación (incluye exámenes de glucosa en ayunas) si padece de cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o historial de azúcar alta en la sangre (glucosa). También podemos dar cobertura a las pruebas si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y tener un historial familiar de diabetes.</p> <p>Puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el automanejo de la diabetes; servicios y suministros para la diabetes</p> <p><i>(Es posible que necesite una autorización previa para los servicios/suministros diabéticos).</i></p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (que usan o no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorear su glucemia: Monitor de glucemia, tiras reactivas para la glucemia, equipos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para revisar la exactitud de las tiras reactivas y monitores. • Para las personas que padecen diabetes y tienen pie diabético grave: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos hechos a la medida (incluye las plantillas que vienen con dichos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales; o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles que no fueron hechas a la medida y que vienen con dichos zapatos). La cobertura incluye ajustes del calzado. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes se cubre bajo ciertas condiciones. 	<p>Copago de \$0 por suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por zapatos terapéuticos o plantillas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por los servicios de capacitación para el automanejo de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados**

(Es posible que necesite una autorización previa para equipos y suministros. Se requiere autorización previa para todos los equipos alquilados).

(Para ver la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).

Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones a electricidad, suministros para diabéticos, camas de hospital encargadas por un proveedor para ser usadas en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andador.

Con este documento de *Evidencia de cobertura*, le enviamos la lista de DME de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP). La lista le indica las marcas y los fabricantes del DME que cubriremos. Esta lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com.

Generalmente, Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP y (HMO D-SNP) está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive para una segunda opinión).

Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su afección médica. Para más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Copago de \$0 por equipo médico duradero cubierto por Medicare.

Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es \$0 todos los meses.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.

Si antes de inscribirse en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) había realizado 36 meses de pago de alquiler para la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) es \$0.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>EKG luego de la consulta “Bienvenido a Medicare”</p> <p>No existe coaseguro, copago o deducible para un único EKG cubierto por Medicare si se receta a partir de su consulta preventiva Bienvenido a Medicare. Consulte las pruebas de diagnóstico y los servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios para otros EKG.</p>	<p>Copago de \$0 por un EKG luego de la consulta “Bienvenido a Medicare”.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Servicios necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica se presenta cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo para tales servicios dentro de la red.</p> <p>La cobertura de atención de emergencia se limita a los Estados Unidos.</p>	<p>Copago de \$0 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se establezca su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se continúe con la cobertura de su atención o debe recibir atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas educativos de salud y bienestar</p> <p>Los beneficios incluyen:</p> <p>El programa Silver&Fit® de ejercicios y envejecimiento saludable</p> <p>Este programa se ofrece a los beneficiarios elegibles de Medicare Advantage. Como miembro de Silver&Fit, tiene las siguientes opciones disponibles sin costo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa Get Started: Al responder algunas preguntas en línea sobre sus áreas de interés, recibirá un programa personalizado para el ejercicio que elija, que incluye instrucciones sobre cómo comenzar y videos de ejercicios en línea sugeridos. • Más de 8,000 videos a pedido a través del sitio web y la biblioteca digital de aplicaciones móviles, incluidas las clases Silver&Fit Signature Classes®. • Membresía en un centro de entrenamiento: Puede visitar los gimnasios participantes cerca de usted que participan en el programa. *Muchos gimnasios participantes también pueden ofrecer clases de bajo impacto enfocadas en mejorar y aumentar la fuerza y resistencia muscular, movilidad, flexibilidad, rango de movimiento, equilibrio, agilidad y coordinación. • Una vez que se una, puede cambiarse a otro gimnasio Silver&Fit participante una vez al mes, y el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente (es posible que deba completar un nuevo acuerdo de membresía en el gimnasio). • Kits de ejercicios en casa: Usted es elegible para recibir un kit de ejercicios en casa por año de beneficios de una variedad de categorías de acondicionamiento físico. • Sesiones de Coaching sobre envejecimiento saludable por teléfono con un entrenador capacitado donde puede discutir temas como ejercicio, nutrición, aislamiento social y salud cerebral. • La herramienta Silver&Fit Connected™ para realizar un seguimiento de su actividad. • Clases en línea sobre envejecimiento saludable. • Boletín trimestral en línea. 	<p>Copago de \$0 por el beneficio de salud física.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas educativos de salud y bienestar (continuación)</p> <p>¡El programa Silver&Fit tiene algo para todos (Something for Everyone®)!</p> <p>*Los servicios no estándar que tienen un costo adicional no son parte del programa Silver&Fit y no serán reembolsados.</p> <p>El programa Silver&Fit está a cargo de la American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series y Silver&Fit Connected! son marcas comerciales de ASH.</p> <p>Los centros y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios. Los kits están sujetos a cambios.</p> <p>Visite www.SilverandFit.com, haga clic en REGISTER (REGISTRARSE) o comuníquese con Silver&Fit al 1-877-427 4788 (TTY/TDD 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 9 p. m. hora del este para inscribirse en el programa.</p> <p>Comuníquese con Servicios al Miembro al 1-877-293-4998 para obtener más información sobre los programas educativos de salud y bienestar ofrecidos por Johns Hopkins Advantage MD.</p>	
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de audición y de equilibrio de diagnóstico realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico son cubiertas como atención ambulatoria cuando las suministra un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Los beneficios adicionales incluyen:</p> <p>Examen auditivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen auditivo de rutina al año. • Evaluación y ajustes de audífonos. 	<p>Copago de \$0 por cada examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada examen auditivo de rutina.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta para ajuste o evaluación de audífonos.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de audición (continuación)</p> <p>Audífonos:</p> <p>Hasta dos audífonos de la marca TruHearing por año (uno por oído por año). El beneficio se limita a los audífonos Advanced y Premium de TruHearing, que vienen en distintos estilos y colores y están disponibles en opciones recargables a un costo adicional de \$50 por audífono. Debe ver a un proveedor de TruHearing para hacer uso de este beneficio. Llame al 1-844-341-9733 para programar una cita (para TTY, marque 711).</p> <p>La compra del audífono incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas de seguimiento con el proveedor durante el primer año • Período de prueba de 60 días • Garantía extendida de 3 años • 80 baterías por audífono para modelos no recargables <p>El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo adicional por el recargo del audífono • Moldes para audífonos • Accesorios para audífonos • Consultas adicionales con el proveedor • Baterías adicionales; baterías cuando se adquieren audífonos recargables • Audífonos que no sean de la marca TruHearing • Costos asociados con reclamaciones de garantía por pérdida y daño <p>Los costos asociados con los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.</p>	<p>El plan paga un beneficio máximo de \$1,500 para la compra de audífonos cada 24 meses. Usted paga todos los costos después del monto máximo de beneficio de \$1,500.*</p> <p>\$50 de costo adicional por audífono para optar por un audífono recargable.</p> <p><i>*El examen de audición de rutina y los copagos para audífonos no están sujetos al máximo de bolsillo.</i></p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Pruebas de detección de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan un examen de detección de VIH o que tienen un mayor riesgo de infección de VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo 	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para miembros elegibles para el examen de detección de VIH cubierto por Medicare.</p>
<p>Agencias de atención médica en el hogar</p> <p><i>(Es posible que necesite una autorización previa).</i></p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y ordenará que se presten por parte de una agencia de atención médica en el hogar. Debe estar imposibilitado para salir, lo que significa que dejar su casa implicaría un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistencia de atención en el hogar, a tiempo parcial o intermitente (para que estén cubiertos por el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistencia de atención en el hogar deben sumar en total menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	<p>Copago de \$0 por servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación para pacientes que no están cubiertos por el beneficio de equipos médicos duraderos • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar 	<p>Copago de \$0 por servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.</p>

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

Usted es elegible para gozar del beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o tiene un interés financiero. Su médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.

Los servicios cubiertos incluyen:

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

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

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

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

Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).

Cuidado de hospicio (continuación)

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><u>Para los servicios cubiertos por Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP), pero no por la Parte A o B de Medicare:</u> Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) continuará pagando los servicios cubiertos por el plan que no cubren la Parte A o B sin importar si están relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido por estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no se relacionan con su condición terminal de hospicio, usted paga el costo compartido. Si se relacionan con su condición terminal de hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca son cubiertos al mismo tiempo por el hospicio y por nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección 9.3 del Capítulo 5 (<i>Qué ocurre si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención médica convencional (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), debe contactarnos para programar los servicios.</p>	

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía • Vacunas antigripales, una vez por temporada de gripe en el otoño y en el invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contagiarse hepatitis B • Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas, si usted es un paciente de riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información.</p> <p>Las vacunas de la Parte D, como Shingrix para la prevención del herpes zóster, deben administrarse en la farmacia. Consulte la Lista de medicamentos de Advantage MD para conocer las vacunas que cubre la Parte D.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para las vacunas de neumonía, influenza/gripe, hepatitis B y COVID-19.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención para pacientes hospitalizados <i>(Se requiere autorización previa).</i></p> <p>Incluye atención de pacientes agudos hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado. Nuestro plan cubre del día 1 al 90 de una estadía hospitalaria como paciente hospitalizado. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería regular • Costos de unidades de cuidado especial (como cuidado intensivo o unidades de cuidado coronario) • Fármacos y medicamentos • Exámenes de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas • Costos de quirófanos y salas de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios de hospitalización por trastorno por uso de sustancias 	<p>Copago de \$0 por estadía como paciente hospitalizado cubierta por Medicare hasta por 90 días.</p> <p>Copago de \$0 por “día de reserva vitalicia” después del día 90 (hasta 60 días adicionales de por vida).</p> <p>Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar el número total de días cubiertos.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Atención médica para pacientes hospitalizados
(continuación)**

- Bajo ciertas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: corneal, de riñón, reno-pancreático, de corazón, de hígado, de pulmón, cardiopulmonar, de médula ósea, de células madres e intestinal o multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos que un centro de trasplante aprobado por Medicare revise su caso y decida si es candidato para hacérselo. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de la red para trasplantes están fuera del modelo de atención de la comunidad, usted puede elegir si recibe los servicios de trasplante en una ubicación cercana, siempre que los proveedores locales de trasplante acepten la tarifa de Original Medicare. Si Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) suministra servicios de trasplante en una ubicación fuera del modelo de atención de trasplantes en su comunidad y usted elige recibir el trasplante en ese lugar, nosotros coordinaremos o pagaremos por los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante.
- Sangre, incluye su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o usted o alguien más debe donar la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.
- Servicios médicos.

Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe redactar una orden para ingresarlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se lo podría considerar un “paciente ambulatorio”. Si no sabe si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.

También puede encontrar más información en una ficha informativa de Medicare llamada *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta ficha informativa está disponible en la web en <https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si le autorizan una hospitalización en un hospital fuera de la red cuando ya la emergencia ha sido controlada, usted pagará el costo compartido más alto que hubiese pagado en un hospital de la red.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico</p> <p><i>(Se requiere autorización previa).</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieran estadía en el hospital. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios mentales para pacientes hospitalizados que se prestan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>	<p>Copago de \$0 por día por los días 1 a 5 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por día por los días 6 a 90 de una estadía en el hospital cubierta por Medicare.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días.</p> <p>Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar el número total de días cubiertos.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Estadía de paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital o Centro de Enfermería Especializada (SNF) durante una estadía de hospitalización no cubierta</p> <p>Si agotó sus beneficios de hospitalización o si la estadía en el hospital no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía en el hospital. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos algunos de los servicios que haya recibido en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, radioterapias y terapias con radioisótopos, incluso los servicios y materiales técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos de prótesis y ortopedia (aparte de los odontológicos) que reemplazan completa o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluidos los tejidos adyacentes), o la función completa o parcial de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o con mal funcionamiento, incluidos reemplazos y reparaciones de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por daños, desgaste, pérdida o un cambio de la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla 	<p>Servicios médicos Consulte <i>Servicios de médicos, incluidas las visitas al consultorio.</i></p> <p>Servicios de diagnóstico y radiología, vendas quirúrgicas y férulas Consulte <i>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</i></p> <p>Prótesis, ortopedia y suministros médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorios Consulte <i>Dispositivos prostéticos y ortopédicos y suministros relacionados.</i></p> <p>Servicios de terapia ocupacional, física y del habla Consulte <i>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.</i></p>
<p>Comidas después del alta de un hospital o centro de enfermería especializada</p> <p>Después de su hospitalización, ya sea en el hospital o en un centro de enfermería especializada, es elegible para recibir 3 comidas por día durante 5 días. Nuestro equipo de administración de la atención trabajará con los miembros elegibles para coordinar la entrega de las comidas proporcionadas por nuestro proveedor, Mom's Meals.</p> <p>El programa de comidas se limita a 4 veces por año calendario.</p>	<p>Copago de \$0 por comidas después del alta de un hospital o centro de enfermería especializada.</p>

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

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

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare <i>(Es posible que se apliquen las reglas de terapia escalonada y autorización previa).</i></p> <p>Las siguientes clases de medicamentos están sujetas a autorización previa y terapia escalonada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia de alfa-1 antitripsina • Acromegalia de acción prolongada • Antimetabolitos • Autoinmunidad infundida/Infliximab • Autoinmunidad infundida/Otros • Avastin/Biosimilares (oncología) • Toxinas botulínicas • Anticuerpo monoclonal para el cáncer de mama • Inhibidores del complemento (aHUS, gMG, PNH) • Inhibidores del complemento (NMOSD) 	<p>Para ciertos medicamentos de la Parte B, quizás se le pida que primero pruebe otro medicamento.</p> <p>Copago de \$0 por insulina de la Parte B de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por medicamentos de radiación y quimioterapia de la Parte B de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atrofia geográfica • Hematológicos, eritropoyesis: agentes estimulantes (ESA) • Factores estimulantes de colonias de neutropenia hematológicos: acción prolongada • Factores estimulantes de colonias de neutropenia hematológicos: acción corta • Agentes hematopoyéticos: hierro • Factor VIII: recombinante para la hemofilia • Factor IX: recombinante para la hemofilia • Factor VIII para la hemofilia de acción prolongada • Amiloidosis hereditaria por transtiretina • Inmunoglobulina intravenosa • Inmunoglobulina subcutánea • Trastornos por almacenamiento lisosómico: enfermedad de Gaucher • Inhibidores mitóticos • Inhibidores del proteasoma para el mieloma múltiple • Esclerosis múltiple (infundida) • Osteoartritis, viscosuplementos: inyección múltiple • Osteoartritis, viscosuplementos: inyección única • Osteoporosis: densitometría ósea • Osteoporosis: hipercalcemia por malignidad • Inhibidores de puntos de control inmunitario PD1/L1: células basales y células escamosas • Inhibidores de puntos de control inmunitario PD1/L1: cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC) • Cáncer de próstata: agentes liberadores de hormonas (LHRH) • Cáncer de próstata: agentes liberadores de hormonas (LHRH), agentes antagonistas 	

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agentes de trastornos de la retina: degeneración macular relacionada con la edad (ARMD) • Rituximab • Asma severa • Trastuzumab <p>Estas clases de medicamentos pueden cambiar durante el año de beneficios.</p> <p>Puede encontrar una lista completa de medicamentos en www.hopkinsmedicare.com/members/rx-coverage-overview/. Las actualizaciones de la lista pueden ocurrir durante todo el año y los cambios se agregarán al menos 30 días antes de la fecha de vigencia.</p> <p>Estos medicamentos los cubre la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no suelen ser autoadministrados por el paciente y que son inyectados o infundidos mientras reciben servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o quirúrgicos ambulatorios • Insulina proporcionada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico: lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, puede necesitar otros exámenes y pruebas antes o durante el tratamiento que podrían incrementar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exámenes y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento 	

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores de coagulación que usted se inyecta si padece de hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplante: Medicare cubre la terapia de medicamentos para trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante y debe tener la Parte B al momento en que necesite los medicamentos inmunosupresores. Recuerde que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no lo hace • Medicamentos inyectables para osteoporosis, si está imposibilitado de salir, si tiene una fractura que un médico certifica que estuvo relacionada con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse dicho medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente capacitada (podría ser usted, el paciente) los da con la debida supervisión • Algunos medicamentos antineoplásicos orales: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer si el mismo medicamento está disponible en inyectable o si el medicamento es un profármaco (una presentación oral de un medicamento que se degrada al ingerirlo en el mismo principio activo que se encuentra en el inyectable) del medicamento inyectable. Si comienzan a estar disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, es posible que la Parte B los cubra. Si la Parte B no los cubre, lo hará la Parte D • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que use como parte de un tratamiento de quimioterapia para el cáncer si se los administra antes, durante o dentro de las 48 horas de la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico total de un medicamento para las náuseas 	

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre • Medicamentos calcimiméticos según el sistema de pago de ESRD, incluida la medicación intravenosa Parsabiv®®, y la medicación oral Sensipar® • Algunos medicamentos para la diálisis en casa, incluyendo heparina, el antídoto para heparina (cuando es medicamento necesario) y anestésicos locales • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre eritropoyesis en inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Metoxi polietileno glicol-epoetina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades primarias de inmunodeficiencias • Nutrición enteral y parenteral (intravenosa y por sonda) <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: www.hopkinsmedicare.com/part-b-drugs</p> <p>También cubrimos algunas vacunas por nuestro beneficio de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos por nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5 se explican los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las normas que debe seguir para cubrir sus recetas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Evaluación de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos orientación intensiva para ayudarlo a perder peso. Cubrimos esta orientación si la recibe en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para la evaluación y terapia preventiva de obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento para Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento para el trastorno de uso de sustancias • Terapia grupal e individual • Prueba toxicológica • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>Copago de \$0 por servicios de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios <i>(Es posible que necesite una autorización previa para equipos y suministros).</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapias (radio e isótopos), incluso los suministros y materiales técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes • férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y dislocaciones • Exámenes de laboratorio • Sangre, incluye su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o usted o alguien más debe donar la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	<p>Radiografías para pacientes ambulatorios Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios radiológicos terapéuticos Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare (como tratamiento de radiación para el cáncer).</p> <p>Suministros médicos Copago de \$0 por suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Exámenes de sangre Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios radiológicos de diagnóstico Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare (como estudios de IRM y TC).</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios de observación son los servicios hospitalarios ambulatorios brindados para determinar si necesita ser hospitalizado como internado o si se le puede dar el alta.</p> <p>Para que los servicios de observación sean cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y deben ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son proporcionados por la orden de un médico o de otra persona autorizada certificada por el estado y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes al hospital u ordenar pruebas a pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, a usted se lo considera un paciente ambulatorio y debe pagar las cantidades de costos compartidos por servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se lo podría considerar un “paciente ambulatorio”. Si no sabe si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una ficha informativa de Medicare llamada <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta ficha informativa está disponible en la web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios <i>(Es posible que necesite una autorización previa dependiendo del servicio provisto).</i></p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que reciba en el Departamento Ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios realizados en una sala de emergencia o clínica para pacientes ambulatorios, por ejemplo, servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluyendo atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento con hospitalización sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo. <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, a usted se lo considera un paciente ambulatorio y debe pagar las cantidades de costos compartidos por servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se lo podría considerar un “paciente ambulatorio”. Si no sabe si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una ficha informativa de Medicare llamada <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta ficha informativa está disponible en la web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.</p>	<p>Servicios de emergencia <i>Consulte Atención de emergencia.</i></p> <p>Cirugía ambulatoria <i>Consulte Cirugía ambulatoria, incluidos servicios prestados en un centro hospitalario ambulatorio y en centros de cirugía ambulatoria y Observación hospitalaria ambulatoria.</i></p> <p>Pruebas de diagnóstico y laboratorio, radiografías, servicios radiológico y suministros médicos <i>Consulte Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</i></p> <p>Atención de salud mental y hospitalización parcial <i>Consulte Atención de salud mental para pacientes ambulatorios y Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos.</i></p> <p>Medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo <i>Consulte Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</i></p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios <i>(Es posible que necesite una autorización previa para la terapia electroconvulsiva y la estimulación transmagnética).</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un consejero profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), una enfermera practicante (NP), un asistente médico (PA) u otros profesionales de atención de salud mental calificados por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Copago de \$0 por cada consulta con un psiquiatra de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta con un psiquiatra de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta con un profesional de salud mental (que no sea psiquiatra) de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta con un profesional de salud mental (que no sea psiquiatra) de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios <i>(Es posible que necesite una autorización previa. Se requiere autorización previa para todas las consultas si la terapia se realiza en un centro de enfermería especializada).</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.</p> <p>Los servicios de rehabilitación de pacientes ambulatorios se prestan en diferentes centros ambulatorios, como departamentos ambulatorios hospitalarios, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p>Copago de \$0 por cada sesión de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta de fisioterapia y/o terapia del habla cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios ambulatorios por trastorno por uso de sustancias Servicios ambulatorios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermera especializada clínica, enfermera practicante u otro profesional de servicios de salud mental calificado por Medicare como se permite según las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Copago de \$0 por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. Copago de \$0 por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en un centro hospitalario ambulatorio y en centros de cirugía ambulatoria <i>(Se requiere autorización previa).</i></p> <p>Nota: Si lo van a operar en un hospital, consulte con su proveedor para saber si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. Salvo que el proveedor escriba una orden para ingresarlo al hospital, usted está en el hospital en calidad de paciente ambulatorio y debe pagar su parte del costo compartido por cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se lo podría considerar un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare en un hospital ambulatorio.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Venta libre (farmacia)**

Se proporciona una amplia selección de medicamentos, suministros y productos de cuidado personal sin receta a través del beneficio de venta libre (OTC) 2025 del plan. Los ejemplos de artículos de venta libre incluyen, entre otros:

- Primeros auxilios y suministros médicos
- Tos, resfriado y alergia
- Analgésicos y somníferos
- Atención personal
- Antiácidos, cuidados digestivos y laxantes
- Vitaminas y minerales
- Cuidado de la vista, oídos y dental
- Cuidado de la piel
- Movilidad y seguridad
- Naloxona

Para utilizar su beneficio de artículos de venta libre, debe seleccionar y solicitar productos del Catálogo de artículos de venta libre 2025 que lo ayudarán con una necesidad médica o de salud. Los artículos de venta libre están diseñados para uso exclusivo de los miembros. Advantage MD prohíbe el uso de este beneficio de venta libre para pedir productos para familiares y amigos.

Los productos y marcas disponibles pueden cambiar durante el año y están sujetos a disponibilidad. Se pueden aplicar límites de cantidad a artículos selectos.

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

Los miembros pueden obtener sus productos OTC en la tienda en su farmacia CVS local (excepto Target y otras CVS Pharmacy® seleccionadas) o pedir que se los envíen a su casa comprando en línea en <https://www.cvs.com/benefits> o llamando al 1-888-628-2770 (TTY: 711).

El plan cubre hasta \$100 cada tres meses. Cualquier monto no utilizado no se transfiere al siguiente período.

Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos

Copago de \$0 por día por servicios de

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><i>(Se requiere autorización previa).</i></p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo prestado como un servicio hospitalario ambulatorio o en un centro de salud mental de la comunidad, más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta de pareja, terapeuta familiar (LMFT) o de un consejero profesional licenciado, y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El <i>servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) prestado en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o un consultorio médico rural más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta de pareja, terapeuta familiar (LMFT) o de un consejero profesional licenciado, pero es menos intenso que una hospitalización parcial.</p>	<p>hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos, lo que incluye las visitas al consultorio de su médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otra instalación • Consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o especialista, si su médico los ordena para verificar si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si opta por obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud ○ Puede usar un teléfono, computadora, tableta u otra tecnología de video • Ciertos servicios de telemedicina, como consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico o profesional para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare 	<p>Copago de \$0 por cada consulta de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta con el especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por cada consulta cubierta por Medicare con otros profesionales de atención médica (como enfermeros practicantes y ayudantes médicos).</p> <p>Copago de \$0 por cada visita de telesalud cubierta por Medicare para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención urgente: <i>Johns Hopkins OnDemand Virtual Care</i> • Salud en el hogar • Atención primaria • Especialista • Salud mental y tratamiento ambulatorio para abuso de sustancias <p>Donde esté disponible del proveedor de servicios.</p> <p>Nota: Antes de recibir servicios de un especialista, primero debe obtener una remisión de su PCP.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Servicios de médicos, lo que incluye las visitas al consultorio de su médico (continuación)**

- Servicios de salud a distancia por consultas mensuales relacionadas con ESRD para miembros con diálisis en su hogar en un centro de diálisis u hospital de acceso crítico, centro de atención de diálisis o en la casa del miembro
- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación
- Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación
- Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:
 - Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud
 - Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud
 - Se pueden hacer excepciones a lo mencionado anteriormente en ciertas circunstancias
- Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal
- Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos **si**:
 - Usted no es un paciente nuevo **y**
 - La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
 - La consulta no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible
- Evaluación de videos y/o imágenes que le envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si**:
 - Usted no es un paciente nuevo **y**
 - La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
 - La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más pronto disponible
- La consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o registro de salud electrónico

Servicios de médicos, lo que incluye las visitas al consultorio de su médico (continuación)

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Cuidado odontológico no rutinario (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, recolocación de fracturas de mandíbula y otros huesos faciales, extracción odontológica para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación para cáncer neoplásico o servicios que serían cubiertos cuando los preste un médico) 	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo). • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan sus extremidades inferiores. <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare antes mencionados, el plan también cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de podología de rutina no cubierta por Medicare. 	<p>Copago de \$0 por cada consulta de servicios de podología cubierta por Medicare.</p> <p>Atención de servicios de podología de rutina no cubiertos por Medicare:</p> <p>Copago de \$0 por 12 consultas de rutina de podología al año.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal • Prueba del Antígeno Prostático Específico (Prostate Specific Antigen, PSA) 	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para un examen anual de PSA.</p> <p>Copago de \$0 por el examen rectal digital cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados <i>(Es posible que necesite una autorización previa para equipos y suministros).</i></p> <p>Aparatos (aparte de los odontológicos) que reemplacen completa o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Estos incluyen, entre otros: pruebas, ajustes o capacitación sobre el uso de los dispositivos protésicos y ortopédicos; así como también bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados a la colostomía, marcapasos, férulas, calzado protésico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluso el sujetador quirúrgico para después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados a dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas. Para obtener más información consulte el apartado Cuidado de la vista más adelante en esta sección.</p>	<p>Copago de \$0 por dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Cubrimos programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave y que tienen una orden del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica para recibir rehabilitación pulmonar.</p>	<p>Copago de \$0 por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>
<p>Tecnologías de acceso remoto</p> <p>Línea directa a enfermería: disponible las 24 horas, los siete días de la semana para responder sus dudas sobre salud. Llame al 888-202-8828 o visite www.hopkinsmedicare.com/members/health-wellness-overview/nurse-chat/ para saber cómo conversar con una enfermera en línea.</p>	<p>Copago de \$0 por consultas que use el beneficio de la línea de enfermería.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Evaluación y orientación para reducir el abuso del alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación para el abuso del alcohol para adultos con Medicare (incluye mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.</p> <p>Si su evaluación es positiva para el abuso del alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones cortas de orientación individual por año (si se muestra competente y alerta durante la orientación), prestadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de evaluación y orientación cubierto por Medicare para reducir el abuso del alcohol.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para los individuos que califican, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no presentan señales o síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de fumador de al menos 20 paquetes al año y que fuman actualmente o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden para una LDCT durante una consulta de orientación y toma de decisiones compartida sobre pruebas de detección de cáncer de pulmón, y que cumplan con los criterios de Medicare para tales consultas, y que estas sean llevadas a cabo por un médico o un profesional calificado.</p> <p><i>Para pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden para una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la cual puede proporcionarse durante cualquier consulta con un médico o un profesional calificado que no sea médico. Si un médico o profesional calificado que no sea médico decide proporcionar una consulta de asesoría y toma de decisiones compartida sobre pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para tales sesiones.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para las consultas de asesoría y toma de decisiones compartidas o LDCT cubiertas por Medicare.</p>

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

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

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal, para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para miembros que se encuentran en la etapa IV de la enfermedad renal crónica y si su médico lo ordena, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluye tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando su proveedor de este servicio esté temporalmente no disponible o inaccesible). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es ingresado para hospitalización en un hospital de cuidado especial). • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude en los tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Algunos servicios de asistencia en el hogar (como visitas de especialistas en diálisis para revisar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para revisar sus equipos de diálisis y suministro de agua, cuando sea necesario). <p>El beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para diálisis. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la Sección Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Atención de Centros de Enfermería Especializada (SNF)**

(Se requiere autorización previa).

(La definición de atención de centros de enfermería especializada se encuentra en el Capítulo 12 de este documento. En ocasiones, a los centros de enfermería especializada se los denomina SNF).

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)
- Comidas, incluyendo dietas especiales
- Servicios de enfermería especializada
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla
- Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (incluye sustancias que están naturalmente presentes en su cuerpo, como factores de coagulación sanguínea)
- Sangre, incluye su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o usted o alguien más debe donar la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada
- Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF
- Análisis de laboratorio proporcionados normalmente por los SNF
- Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF
- Uso de equipos, tales como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF
- Servicios de médicos/profesionales

Generalmente, recibirá su atención en un SNF de la red. Sin embargo, bajo las siguientes circunstancias, usted podría obtener su atención de un centro que no sea parte del plan, siempre y cuando estos acepten los montos de nuestro plan.

- Un hogar de reposo o comunidad para adultos mayores con asistencia continua donde vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre y cuando en dicha institución se preste atención de centros de enfermería especializada)

La estadía en el hospital como paciente hospitalizado es necesaria antes de la admisión.

Copago de \$0 por estadías en SNF cubiertas por Medicare.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho viva en el momento en que usted sale del hospital 	
<p> Cese del consumo de cigarrillos y tabaco (orientación para dejar de fumar cigarrillos o tabaco)</p> <p><u>Si fuma tabaco, pero no tiene síntomas o señales de una enfermedad relacionada:</u> Cubrimos dos orientaciones para intentar dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo alguno para usted. Cada sesión de orientación para intentar dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas individuales.</p> <p><u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que pueda ser afectado por el tabaco:</u> Cubrimos sesiones de orientación para el cese del consumo. Cubrimos dos sesiones de orientación para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses, sin embargo, pagará los costos compartidos que correspondan. Cada sesión de orientación para intentar dejar de fumar incluye hasta cuatro consultas individuales.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare de cese de consumo de cigarrillos y tabaco.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</p> <p>Tarjeta Flex: Alimentos saludables y servicios públicos</p> <p>Los miembros diagnosticados con determinadas condiciones que califican (consulte la lista a continuación) pueden calificar para una tarjeta Flex de beneficios para ayudarles a pagar gastos diarios. Incluirá:</p> <p>Monto del beneficio de la tarjeta Flex: monto total del beneficio de \$90 por mes (asignación) para pagar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables (monto del beneficio de \$45 por mes): carne, productos agrícolas, lácteos y algunos artículos de despensa en tiendas de comestibles participantes • Servicios públicos (monto del beneficio de \$45 por mes): gas, electricidad, agua y saneamiento <p>Las condiciones que califican son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia crónica del alcohol y otras drogas; • Estos trastornos autoinmunes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Poliarteritis nudosa, ○ Polimialgia reumática, ○ Polimiositis, ○ Artritis reumatoidea, y ○ Lupus eritematoso sistémico • Cáncer, excepto afecciones previas al cáncer o estados in-situ; • Estos trastornos cardiovasculares: <ul style="list-style-type: none"> ○ Arritmias cardíacas, ○ Enfermedad de arteria coronaria, ○ Enfermedad vascular periférica, y ○ Enfermedad tromboembólica venosa crónica; • Insuficiencia cardíaca crónica; • Demencia; • Diabetes mellitus; • Enfermedad hepática en etapa terminal; • Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que requiere diálisis; 	<p>No existe coaseguro, copago ni deducible para recibir los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estos trastornos hematológicos graves: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anemia aplástica, ○ Hemofilia, ○ Púrpura trombocitopénica inmunológica, ○ Síndrome mielodisplásico, ○ Enfermedad de células falciformes (excepto rasgo drepanocítico), y ○ Enfermedad tromboembólica venosa crónica; • VIH/SIDA; • Estos trastornos pulmonares crónicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Asma, ○ Bronquitis crónica, ○ Enfisema, ○ Fibrosis pulmonar, y ○ Hipertensión pulmonar; • Estas afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Trastornos bipolares, ○ Trastornos depresivos complejos, ○ Trastorno paranoico, ○ Esquizofrenia, y ○ Trastorno esquizoafectivo; • Estos trastornos neurológicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Esclerosis lateral amiotrófica (LAS), ○ Epilepsia, ○ Parálisis progresiva (p. ej., hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia), enfermedad de Huntington, ○ Esclerosis múltiple, ○ Enfermedad de Parkinson, ○ Polineuropatía, 	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación)**

- Estenosis espinal, y
- Insuficiencia neurológica por accidente cerebrovascular;
y
- Accidente cerebrovascular

Detalles de la tarjeta Flex: La tarjeta de beneficios prepagada Flex puede usarse en las tiendas de alimentos participantes que acepten MasterCard o para pagar los servicios públicos directamente a las empresas (**algunas de estas empresas no aceptan pagos parciales, consulte con su empresa antes de usar la tarjeta**).

El monto del beneficio mensual estará acreditado y disponible en la tarjeta el primer día de cada mes. **El saldo de la tarjeta Flex que no se use vencerá al final de cada mes o cuando se desafilie del plan. El saldo sin usar no puede trasladarse al período siguiente.**

Detalles de los beneficios: NationsBenefits administra este beneficio. La elegibilidad para alimentos saludables y servicios públicos se determinará después de que un miembro se inscriba en el plan. Los beneficios comenzarán el primer día del mes siguiente de que un miembro califique. Los miembros deben tener al menos una de las enfermedades crónicas indicadas por el plan para calificar.

Una vez confirmada la elegibilidad, recibirá una tarjeta Flex prepagada por correo al poco tiempo. Incluirá detalles de cómo activarla y usarla.

Para más información, llame a Servicios al Miembro al 1-877-293-4998 (TTY: 711).

A partir del 1 de enero de 2025, también puede comunicarse con NationsBenefits directamente al 888-959-2069 (TTY: 711) o en JHHP.NationsBenefits.com.

Importante: El plan no se hace responsable por cargos asociados con pagos atrasados de servicios públicos. En caso de extravío o robo de la tarjeta, los miembros deberán comunicarse con NationsBenefits por teléfono para desactivarla y/o solicitar una nueva.

*La tarjeta Flex NO es una tarjeta para retirar efectivo. Existen limitaciones sobre dónde y cómo usar la tarjeta.

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</p> <p>Se cubre el SET para miembros que sufran de enfermedad arterial periférica (PAD).</p> <p>Se ofrece cobertura para hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumple con los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30-60 minutos que sigan un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un entorno de servicios ambulatorios en un hospital o en un consultorio médico • Ser brindado por personal auxiliar calificado que se asegure de que el beneficio exceda el daño, así como que esté capacitado en terapia de ejercicio para PAD • Estar bajo supervisión directa de un médico, médico asistente o enfermero profesional/enfermero clínico especialista entrenado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas <p>Una vez pasadas las 36 sesiones durante el período de 12 semanas, puede que se ofrezca cobertura SET para unas 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo extendido si un profesional de la salud lo considera necesario.</p>	<p>Copago de \$0 por cada consulta del SET cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de transporte (rutina)* <i>(Se requiere autorización previa).</i></p> <p>El beneficio de transporte no se puede utilizar para una cita relacionada con otra persona que no sea el miembro.</p> <p>Se permite un acompañante por viaje (el acompañante debe tener al menos 18 años).</p> <p>Cada viaje de ida no debe exceder las 50 millas, en taxi, camioneta u otro tipo de transporte aprobado.</p> <p>Los viajes son puerta a puerta. Solo se puede recoger o devolver a los miembros en la dirección de su domicilio según lo informado al plan por el beneficiario o su representante legal autorizado.</p> <p>Comuníquese con Servicios al Miembro al 1-877-293-4998 para concertar un viaje. Los arreglos deben hacerse con al menos 48 horas hábiles de anticipación. Si necesita transporte hacia y desde el médico, utilizará dos viajes.</p>	<p>Copago de \$0 por hasta 24 viajes de ida que no sean de emergencia a cualquier servicio o ubicación relacionados con la salud por año.</p>
<p>Servicios requeridos con urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, es un servicio requerido con urgencia, ya sea si usted está temporalmente fuera del área del servicio del plan, o incluso si está dentro del área de servicio del plan y no resulta razonable teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red contratados por el plan. Su plan debe cubrir los servicios requeridos con urgencia y cobrarle únicamente los costos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios requeridos con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o reparaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias con el proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias con urgencia aun si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está temporalmente disponible.</p> <p>La cobertura de atención de urgencia se limita a los Estados Unidos.</p>	<p>Copago de \$0 por cada consulta cubierta por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes rutinarios de la vista (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen anual de glaucoma. Se incluye entre las personas que tienen un alto riesgo de contraer glaucoma a personas con historial familiar de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas que incluye el implante de una lente intraocular (si tiene dos operaciones diferentes de cataratas, no puede reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos anteojos luego de la segunda). <p>Además de los beneficios cubiertos de Medicare, también ofrecemos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen oftalmológico rutinario (cada año) 	<p>Atención oftalmológica cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por cada examen de la vista para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones oculares cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por un examen de glaucoma cubierto por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Copago de \$0 por un examen oftalmológico por diabetes.</p> <p>Copago de \$0 por un examen de la vista rutinario cada año calendario.</p>

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

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Los anteojos complementarios incluyen las lentes y un par de anteojos con montura o lentes de contacto (se incluye la prueba de ajuste de las lentes de contacto). <ul style="list-style-type: none"> ○ Los anteojos no incluyen opciones de lentes, como tintadas, progresivas, lentes de transición, pulimentado y seguro. <p>Cubrimos los servicios de la vista de rutina a través de un proveedor de la red. Para saber si su proveedor de atención de la vista está dentro de nuestra red, comuníquese con Servicios al Miembro de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) al 1-877-293-4998. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>	<p>Nuestro plan paga hasta \$400 cada año por anteojos complementarios de un proveedor de Superior Vision de la red.</p>
<p> Consulta preventiva Bienvenido a Medicare</p> <p>El plan cubre una única consulta preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>. La consulta incluye una revisión de su estado su salud, así como educación y orientación acerca de los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertos exámenes y vacunas) y, de ser necesario, remisiones para recibir otro tipo de atención.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> únicamente dentro de los primeros 12 meses en que tiene la cobertura de la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, notifique en el consultorio de su médico que desea programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	<p>No existe ningún coaseguro, copago o deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>

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

Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP)
--------------------	---

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) no cubre los siguientes servicios, pero están disponibles a través de (Medicaid). Tenga en cuenta que esta no es una lista completa de los beneficios disponibles a través del programa de pago por servicio de Medicaid y los miembros deben comunicarse con el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) para

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

obtener más detalles. En el Capítulo 2 de este manual se incluye la información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid):

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

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

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan ni Medicare (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos.

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Acupuntura.		<ul style="list-style-type: none"> • Disponible para personas con dolor crónico lumbar en ciertas circunstancias.

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

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Los servicios de trabajo doméstico incluyen asistencia básica para el hogar, como tareas domésticas ligeras o preparación de comidas simples.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos bajo ninguna condición	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		<ul style="list-style-type: none"> • Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico de piernas y están incluidos en el costo de este aparato. Zapatos terapéuticos u ortopédicos para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o un televisor.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de anticonceptivos de venta libre.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para visión reducida.	No cubiertos bajo ninguna condición	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Audífonos y consultas a proveedores para reparar audífonos (excepto como se describe específicamente en los Beneficios cubiertos), moldes para oídos, accesorios para audífonos, tarifas de reclamación de garantía y baterías para audífonos (más de 80 baterías gratis por cada audífono no recargable comprado).	No cubiertos bajo ninguna condición	
Servicios considerados como no razonables ni necesarios, según los estándares de Original Medicare.	No cubiertos bajo ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

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

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



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

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

<h3>Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan</h3>
--

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

- Usted debe tener un proveedor (un médico, odontólogo o alguna persona que recete el medicamento) que le escriba una receta, la cual debe ser válida en virtud de la ley estatal.
- El profesional que le emita la receta no debe estar en la Lista de preclusión o exclusión de Medicare.
- Generalmente, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). O puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan.

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

- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Su medicamento debe ser usado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o apoyado por cierta documentación de referencia. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento puede necesitar una aprobación para que podamos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones de su cobertura).

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red
--

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red debe buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestra página web (www.hopkinsmedicare.com) o llamar a Servicios al Miembro.

Usted puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

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

Si la farmacia que frecuenta abandona la red del plan, deberá encontrar una farmacia nueva que esté dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios al Miembro o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.hopkinsmedicare.com.

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

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo (como un hogar de reposo) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro LTC, comuníquese con Servicios al Miembro.
- Farmacias que prestan servicios para el servicio de salud para indígenas, grupos tribales y el programa de salud para indígena urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos norteamericanos o nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que despachan medicamentos que están restringidos por la FDA en ciertos lugares o que requieren de una manipulación especial, coordinación del proveedor o educación para su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias* www.hopkinsmedicare.com o llame a Servicios al Miembro.

Sección 2.3 Usar el servicio de pedido por correo del plan

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

Nuestro servicio de pedido por correo del plan le permite ordenar un **suministro para hasta 90 días**.

Para obtener formularios de solicitud e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, visite nuestro sitio web www.hopkinsmedicare.com o comuníquese con Servicios al Miembro.

Generalmente, usted recibirá un pedido farmacéutico por correo en un máximo de 10 días. Si la farmacia de pedidos por correo cree que el pedido se demorará, le notificarán la demora. Si necesita solicitar una receta de entrega inmediata por un retraso en el correo, puede comunicarse con Servicios al Miembro para discutir las opciones que pueden incluir encargar el medicamento en una farmacia local de venta al por menor o agilizar el método de envío. Brinde su número de identificación y de receta al representante. Si desea una entrega al fin del segundo día hábil o al día siguiente del día en que pidió sus medicamentos, puede solicitarlo al representante de Servicios al Miembro por un cargo adicional.

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

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

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

- Usted utilizó los servicios de pedido por correo con este plan anteriormente, o
- Usted se registra para el envío automático de todas las nuevas recetas recibidas directamente de proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todos los medicamentos nuevos en cualquier momento iniciando sesión en su cuenta de [Caremark.com](https://www.caremark.com) o llamando a Servicios al Miembro.

Si recibe una receta automáticamente por correo que usted no quiere, y no lo contactaron para saber si la quería antes de que fuera enviada, puede ser elegible para un reembolso.

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

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

Resurtidos de medicamentos recetados de pedido por correo. Para el resurtido de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. A través de este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automático cuando nuestros registros nos indiquen que está próximo a quedarse sin medicamento. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente cantidad de medicamento o este ha cambiado.

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

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros iniciando sesión en su cuenta de [Caremark.com](https://www.caremark.com) o llamando a Servicios al Miembro.

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

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

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener suministro a largo plazo de medicamentos?

El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también se le llama “suministro extendido”) de medicamentos de mantenimiento en nuestra Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera regular por una condición médica crónica o a largo plazo).

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

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

Es posible que su medicamento recetado esté cubierto en determinadas situaciones

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

A continuación le describimos en qué circunstancias podríamos cubrir recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- La receta es para una emergencia médica o atención de urgencia.
- Usted no puede obtener un medicamento cubierto de forma oportuna porque no se encuentran farmacias de la red que presten servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable.

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

- Usted está intentando surtir un medicamento recetado que la farmacia de la red o servicio de correo no tiene disponible (incluidos medicamentos de alto costo y medicamentos únicos).
- Si usted es evacuado o desplazado de su hogar por un desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- La vacuna o medicamento se administra en el consultorio de su médico.

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

¿Cómo se solicita un reembolso al plan?

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) no puede reembolsar beneficios cubiertos por Medicaid a los miembros. Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestro costo compartido. (La Sección 2 del Capítulo 7 explica cómo solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

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

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos en virtud de la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Los miembros pueden obtener información sobre el programa de medicamentos de Maryland en: <https://mmcp.health.maryland.gov/pap/pages/preferred-drug-list.aspx>.

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

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

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para los cuales se ha recetado, o
- Respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano y el Sistema de Información DRUGDEX Micromedex.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. En general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y, por lo general, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos de reemplazo disponibles para muchos medicamentos de marca y existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

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

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

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Consulte la Sección 7.1 de este capítulo para obtener más información al respecto).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

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

Hay cuatro formas para averiguarlo:

1. Revise la Lista de medicamentos más reciente que le hemos enviado electrónicamente.
2. Ingrese al sitio web del plan (www.hopkinsmedicare.com). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios al Miembro para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Use la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan (caremark.com o llame a Servicios al Miembro). Con esta herramienta, puede buscar los medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un monto aproximado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista que podrían tratar la misma afección. También puede ver sus ahorros al surtir un suministro de 90 días o al utilizar el servicio de entrega por correo.

SECCIÓN 4 Existen restricciones para la cobertura de algunos medicamentos

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

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

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

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

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones aplican?

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

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

Obtención de una aprobación del plan por adelantado

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

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo motiva a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, y el medicamento A es menos costoso, el plan podría solicitarle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, el plan cubrirá entonces el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se llama “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

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

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

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

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

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que está tomando o uno que usted y su proveedor consideran que debería tomar no está en nuestro formulario o está con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en lo absoluto. O quizás una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que usted desea no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento, tal como se explica en la Sección 4.
- Existen pasos a seguir si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea. **Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 para averiguar qué puede hacer.**

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

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

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

Podría obtener un suministro temporal del medicamento

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

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

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

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

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

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

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios al Miembro.

Durante el tiempo que usa un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este se termine. Usted tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

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

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que a usted le gustaría que estuviese cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a

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

solicitarla. Por ejemplo, puede solicitar que el plan cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que está tomando va a ser eliminado del formulario o será restringido de alguna manera para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del próximo año. Puede solicitar una excepción antes de que termine el año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después recibir su solicitud (o la declaración respaldatoria de quien le prescribe el medicamento). En caso de aprobar su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

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

Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año
--------------------	--

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

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

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

Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12.

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea de forma regular. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos y cuándo le avisaremos a usted que se hicieron estos cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos y quitar o modificar de inmediato un medicamento parecido de la Lista.**
 - Si agregamos una versión nueva de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que quitemos un medicamento similar de la Lista, lo cambiemos de nivel de costo compartido, agreguemos restricciones nuevas, o todo. La versión nueva del medicamento tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Solo haremos estos cambios inmediatos si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista.
 - Podemos hacer estos cambios de inmediato y avisarle después, aun si está tomando el medicamento que vamos a quitar o modificar. Si toma el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre los cambios específicos que hayamos hecho.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y quitar o modificar un medicamento similar de la Lista con aviso previo.**
 - Si agregamos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que quitemos un medicamento similar de la Lista, lo cambiemos de nivel de costo compartido, agreguemos restricciones nuevas, o todo. La versión del medicamento que agreguemos tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Solo haremos estos cambios si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista.
 - Debemos avisarle del cambio al menos 30 días antes o avisarle del cambio y brindarle un suministro para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

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

- **Quitar medicamentos inseguros y otros de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, el plan puede eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos después de haber hecho el cambio.
- **Hacer otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos.**
 - Es posible que hagamos otros cambios que puedan afectar el medicamento que está tomando una vez iniciado el año. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias en el recuadro de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare para hacer modificaciones.
 - Debemos avisarle de estos cambios al menos 30 días antes o avisarle del cambio y brindarle un suministro adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si hacemos alguno de estos cambios a los medicamentos que usted está tomando, hable con su médico sobre las opciones que tiene, como cambiar a otro medicamento para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cubrir las nuevas restricciones del medicamento que está tomando. Usted o la persona que expide su receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo la versión del medicamento que está tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

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

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

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

Si ocurre cualquiera de estos cambios para un medicamento que está tomando (excepto por su salida del mercado, porque un medicamento genérico reemplace a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté

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

disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos
--

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

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento está excluido, debe pagarlo usted mismo.

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir un medicamento que sería cubierto por la Parte A o B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de la indicación* de un medicamento si el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano y el Sistema de Información DRUGDEX Micromedex. El uso fuera de lo indicado es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en su etiqueta según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las categorías de medicamentos mencionadas a continuación no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Consulte la Lista de medicamentos preferidos del Programa de farmacia de Medicaid de Maryland en <https://mmcp.health.maryland.gov/pap/Pages/Preferred-Drug-List.aspx>.

- Medicamentos que no requieren receta médica (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para tratamientos de fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o de síntomas del resfrío

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

- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia o la pérdida o el incremento del peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios, para los cuales el fabricante intente solicitar que se compren pruebas o servicios de seguimiento asociados exclusivamente del fabricante como una condición para la venta

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

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

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

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

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

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) no puede reembolsar beneficios cubiertos por Medicaid a los miembros. **Es posible que tenga que pagar el costo completo de la receta al recogerla** si la farmacia no puede obtener la información necesaria. (Luego puede

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

solicitarlos que le reembolsemos nuestra parte. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso al plan).

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

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

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

Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo?
--------------------	--

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

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

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

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

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, laxante, analgésico o para la ansiedad) que no están cubiertos por su hospicio porque el

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

medicamento no está relacionado con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que le receta el medicamento o del proveedor de su hospicio donde se indique que el medicamento no está relacionado, antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor del hospicio o a quien le provee recetas que presente un aviso antes de surtir su receta.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la manipulación de medicamentos

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

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

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

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que puedan no ser necesarios porque está tomando otro similar para tratar la misma condición.
- Medicamentos que podrían no ser seguros o apropiados debido a su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden hacerle daño si los toma al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que poseen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando.
- Cantidades peligrosas de analgésicos opiáceos.

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

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

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

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

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

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le indicará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un profesional o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la restricción, usted y el profesional que le receta tienen el derecho de presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las restricciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

Sección 10.3 Programa de Manejo de Farmacoterapia (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos

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

Algunos miembros que tienen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un cierto costo, o son parte de un DMP para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opiáceos de manera segura, pueden recibir servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le proporcionará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante esta revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier otro problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos con todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

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

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en él y le enviaremos la información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios al Miembro.

CAPÍTULO 6:

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

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

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

Debido a que es elegible para el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), usted califica y recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Dado que usted está en el programa “Ayuda Adicional”, **parte de la información en esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no aplica en su caso.** Le enviamos un encarte separado, llamado *Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” para pagar medicamentos recetados* (también llamada Cláusula de subsidio para bajos ingresos o Cláusula LIS), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicios al Miembro y solicite la Cláusula LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Para comprender la información de pago, es necesario que conozca cuáles medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En la Sección 1 a 4 del Capítulo 5 se explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección 3.2), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcione un aproximado de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios al Miembro.

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

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

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

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

Sección 1.3	Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo
--------------------	---

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

Estos pagos se incluyen en sus costos de bolsillo

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

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

Es importante quién paga:

- Si es **usted** quien hace estos pagos, estos están incluidos en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* si fueron hechos en su nombre **por alguna otra persona u organización**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos que hayan sido realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las entidades de beneficencia, por los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, por el Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado que está calificado por Medicare, por los planes médicos del sindicato o empleador, por TRICARE o por el Servicio de

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

Salud para Indígenas. Los pagos hechos por el Programa “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.

Pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o aquellos que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$2,000 en costos de bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no se incluyen en la Parte D, incluyendo los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Los pagos que haga por medicamentos recetados que no están normalmente cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos hechos por la Administración de Salud de Veteranos (VA).
- Pagos por sus medicamentos que haya realizado un tercero que tenga una obligación legal de pagar sus medicamentos recetados (por ejemplo, indemnización de trabajadores).
- Pagos hechos por los fabricantes según el Programa de Descuento para Fabricantes.

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

¿Cómo puede hacer seguimiento del total de sus costos de bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus costos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,000, este informe le notificará que ha abandonado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.

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

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le indica lo que puede hacer para ayudar a asegurarse de que nuestros registros sobre sus gastos estén completos y actualizados.

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

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

Existen tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare bajo Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP). Lo que usted paga depende de en qué etapa se encuentra cuando surte o vuelve a surtir una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en la Sección 4 a la 6 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de cobertura catastrófica

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

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

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

- Llevamos un control de la cantidad que ha pagado. Esto se llama **costos de bolsillo**. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago de sus medicamentos hecho por sus familiares o amigos, y cualquier pago hecho para sus medicamentos por “Ayuda Adicional” de Medicare, los planes médicos del sindicato o empleador, TRICARE, Servicio de Salud para Indígenas, programas de

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

asistencia para medicamentos del SIDA, organizaciones de caridad y la mayoría de los Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAP).

- Llevamos un registro de sus **costos totales por medicamentos**. Este es el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que el plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información de ese mes.** Este informe incluye los detalles de pago de las recetas que usted surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se le denomina información hasta la fecha. Esto muestra los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales por estos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamento recetado de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de receta, si corresponde.

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) no puede reembolsar beneficios cubiertos por Medicaid a los miembros. **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay momentos en los que puede que pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacerle seguimiento a sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de bolsillo, entréguenos copias

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

- de los recibos. Aquí le mostramos cómo usted debe presentar los recibos de los medicamentos:
- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no es parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando hace un copago por medicamentos que son proporcionados bajo un programa de asistencia al paciente por el fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red, o en otras ocasiones en las que ha pagado el precio completo por un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre este proceso, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han hecho por usted.** Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también cuentan como parte de sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos hechos por programas estatales de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia en medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y organizaciones de caridad cuentan para sus costos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíelos a nuestro personal para dar un seguimiento a sus costos.
 - **Revise los informes escritos que le enviamos.** Cuando usted recibe la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si usted considera que se omitió algo o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios al Miembro. También puede ver estos informes en línea ingresando en Caremark.com. En el menú Plan and Benefits (Plan y Beneficios), haga clic en la opción Plan Benefits Documents (Documentos de beneficios del plan). Haga clic en Continue (Continuar) para ver los documentos electrónicos de la EOB. También puede registrarse para que se los envíen electrónicamente llamando a Servicios al Miembro. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay ningún deducible para Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP)

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

Consulte el encarte separado (la Cláusula LIS) para obtener información sobre el monto de su deducible.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde por los costos de medicamentos y usted paga por su parte****Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta**

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

Sus opciones de farmacia

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

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

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

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos para el suministro para *un mes* de un medicamento

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

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

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedidos por correo (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (LTC) (un suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (un suministro para hasta 30 días)
Costo compartido (Todos los medicamentos del formulario)	Para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga: \$0, \$1.60 o \$4.90* Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4.80 o \$12.15* *Los costos compartidos se basan en su nivel de Ayuda Adicional.	Para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga: \$0, \$1.60 o \$4.90* Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4.80 o \$12.15* *Los costos compartidos se basan en su nivel de Ayuda Adicional.	Para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga: \$0, \$1.60 o \$4.90* Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4.80 o \$12.15* *Los costos compartidos se basan en su nivel de Ayuda Adicional.	Para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga: \$0, \$1.60 o \$4.90* Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4.80 o \$12.15* *Los costos compartidos se basan en su nivel de Ayuda Adicional.

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

Consulte la Sección 7 de este capítulo para tener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

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

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento recetado cubre un mes completo de suministro. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le surta, menos del suministro de un mes de sus medicamentos si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes recetas.

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

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

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (90 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo alcanza hasta para 90 días.

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

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Costo compartido de pedidos por correo (suministro para 90 días)
Costo compartido (Todos los medicamentos del formulario)	Para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga: \$0, \$1.60 o \$4.90*	Para medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga: \$0, \$1.60 o \$4.90*
	Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4.80 o \$12.15*	Para todos los demás medicamentos, usted paga: \$0, \$4.80 o \$12.15*
	*Los costos compartidos se basan en su nivel de Ayuda Adicional.	*Los costos compartidos se basan en su nivel de Ayuda Adicional.

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

Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de bolsillo del año alcancen los \$2,000
--------------------	---

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de bolsillo totales alcancen los \$2,000. Luego, pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que recibe le ayudará a llevar un registro de la cantidad que usted, el plan y cualquier tercero han gastado en sus medicamentos a lo largo del año. No todos los miembros alcanzan el límite de costos de bolsillo de \$2,000 en un año.

Le informaremos si usted lo alcanza. Si alcanza este monto, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica. Consulte la Sección 1.3 para saber cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo.

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

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa a la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcanzan el límite de \$2,000 en el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que termine el año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que paga depende de cómo y dónde las reciba

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Lista de medicamentos del plan. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios al Miembro para más detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

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

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

1. Si una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.

- El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D y estas no tienen ningún costo.

2. Dónde recibe la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada en el consultorio del médico.

3. Quién le aplica la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor pueden aplicar la vacuna en la farmacia. Como alternativa, un proveedor puede aplicar la vacuna en el consultorio médico.

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

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

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor por administrársela. Usted puede solicitarle al plan que le pague nuestra parte del costo compartido. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que usted recibirá un reembolso del costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo pagará su parte del costo en base a su beneficio de la Parte D. Usted no paga nada por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

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

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

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

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

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

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

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la parte D, usted no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí.

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

- Cuando su médico le aplique la vacuna, quizás deba tener que pagar el costo completo por este servicio.
- Puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted recibirá un reembolso por la cantidad total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos el copago por la aplicación de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

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

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

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

Los proveedores de nuestra red le cobrarán directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o medicamentos que ha recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios y medicamentos. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero suele llamarse **hacerle un reembolso**). Tiene derecho a recibir un reembolso por parte de nuestro plan cuando haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Pueden haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si se deben cubrir los servicios o medicamentos. Si decidimos que deben cubrirse, le reembolsaremos los servicios o los medicamentos.

También puede haber ocasiones en que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por un monto mayor a su parte del costo compartido, tal como se explica en este documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben cubrirse. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, le notificaremos al proveedor. Jamás debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor es contratado, aún tiene derecho al tratamiento.

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

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

Puede recibir servicios de emergencia o que necesita con urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que le facture al plan.

- Si paga el monto total al momento de recibir la atención, solicítenos que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que usted haya realizado.

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

- Puede recibir una factura de parte del proveedor que usted cree que no adeuda. Envíenos dicha factura junto con la documentación de los pagos que usted ya hizo.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si usted ya pagó por el servicio, se lo reembolsaremos.

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

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

- Siempre que usted reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Usted debería pedirnos que le reembolsemos sus servicios cubiertos.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

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

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso por nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en determinadas circunstancias. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para una explicación de estas circunstancias. Es posible que no paguemos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que pagaríamos en una farmacia de la red.

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

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, si la farmacia no obtiene de inmediato la información sobre la inscripción que necesita, usted tal vez tenga que

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

pagar el costo total del medicamento recetado. Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso por nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado de la receta.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que piensa que no debería aplicar a su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, tal vez tenga que pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado de la receta.

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

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si se deben cubrir el servicio o el medicamento. A esto se le llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito o llamándonos. Si envía una solicitud por escrito, le enviaremos una factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable hacer copias de sus facturas y recibos para sus archivos. **Debe presentarnos su reclamación dentro de los 3 años** posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- No es obligatorio utilizar el formulario; sin embargo, hacerlo nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.

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

- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (www.hopkinsmedicare.com) o llamar a Servicios al Miembro y solicitar el formulario.

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

Part C - Payment Request
Johns Hopkins Advantage MD
P.O. Box 3537
Scranton, PA 18505

Part D - Payment Request
Johns Hopkins Advantage MD
C/o CVS/c/o CVS Caremark Part D Services
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted ha seguido las reglas, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento. Le mandaremos una carta explicando las razones por las cuales no le estamos enviando el pago que ha solicitado y sus derechos para apelar esa decisión.

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

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

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

Nuestro plan tiene servicios de intérprete disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible gratis en español. También podemos darle información en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios al Miembro.

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

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

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

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

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

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le brinde y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a ir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios al Miembro.

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

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE JOHNS HOPKINS ADVANTAGE MD

Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2025

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

Nuestro compromiso con respecto a su información de salud

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

Quién debe cumplir con este Aviso

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

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

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

Operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar su información de salud para las operaciones del plan. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información de salud para actividades de evaluación y mejora de la calidad, administración de casos y coordinación del cuidado, para cumplir con la ley y el reglamento, propósitos de acreditación; reclamaciones, quejas o demandas de los miembros del plan, contratos de atención médica relacionados con nuestras operaciones, actividades legales o de auditoría, planificación y desarrollo de negocios, gestión empresarial y administración general, suscripción, obtención de reaseguros y otras actividades de seguros, y para operar el plan.

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

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

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

Actividades de recaudación de fondos. Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle información sobre actividades patrocinadas por el plan, como programas y eventos de recaudación de fondos para apoyar la investigación, la enseñanza o el cuidado a los miembros

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

del plan. Para este propósito, podemos usar su información de contacto, como su nombre, dirección, número de teléfono, las fechas del servicio, el departamento del hospital o clínica donde fue atendido, el nombre del médico que lo trató, el resultado de su tratamiento y su estado de seguro de salud. Si nos ponemos en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos, la comunicación que reciba tendrá instrucciones sobre cómo puede solicitarnos que no lo contactemos de nuevo para tales propósitos; esto también se conoce como “exclusión voluntaria”.

Investigación y actividades relacionadas. Las organizaciones relacionadas con el plan realizan investigaciones para mejorar la salud de las personas en todo el mundo. Todos los proyectos de investigación deben aprobarse mediante un proceso de revisión especial para proteger la seguridad, el bienestar y la confidencialidad de los miembros del plan. Podemos usar y divulgar información de salud sobre nuestros afiliados para propósitos de investigación de conformidad con reglas específicas determinadas por las disposiciones de confidencialidad de la ley aplicable. En algunos casos, la ley federal nos permite usar su información de salud para investigación sin su autorización, siempre que obtengamos la aprobación de una junta de revisión especial. Estos estudios no afectarán su elegibilidad para beneficios, tratamiento ni bienestar, y su información de salud seguirá protegida.

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

- Informarle a usted sobre los beneficios o servicios que brindamos
- En el caso de un desastre, a las organizaciones que ayudan en labores de socorro para que su familia pueda ser notificada sobre su condición y ubicación
- Según lo exijan las leyes estatales y federales
- Para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud y seguridad pública, la suya o de otra persona
- A funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional
- A forenses, examinadores médicos y directores de funerarias, según lo autorice o exija la ley como necesario para que puedan llevar a cabo sus funciones
- Al ejército si usted es miembro de las fuerzas armadas y estamos autorizados u obligados a hacerlo por ley
- Para la compensación de trabajadores o programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo
- A funcionarios federales autorizados para que puedan realizar investigaciones especiales o brindar protección al presidente de Estados Unidos o a otras personas autorizadas
- Si usted es un donante, a organizaciones que manejan la obtención o trasplante de órganos o a un banco de órganos, según sea necesario para ayudar con la obtención, trasplante o donación de estos
- A las agencias gubernamentales, de licencias, de auditoría y de acreditación

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- A una institución correccional según lo autorice o exija la ley si usted es un recluso o está bajo la custodia de agentes del orden público
- A terceros denominados “socios comerciales” que prestan servicios en nuestro nombre, como consultoría, mantenimiento de software y servicios legales
- Salvo que usted se niegue, a quienes estén involucrados en su atención médica o en el pago de su cuidado, como un amigo, familiar o a otras personas que identifique
- Para fines de salud pública
- A los tribunales y abogados cuando recibimos una orden judicial, una citación u otras instrucciones legales de esos tribunales u organismos públicos o para defendernos de una demanda presentada contra nosotros
- A los agentes del orden público, según lo autorice o exija la ley

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

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

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

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

Información de salud desidentificada. Podemos usar su información de salud para crear información “des-identificada” que ya no sea identificable con ninguna persona conforme a HIPAA. Una vez que esta información fue desidentificada, ya no está más protegida por la ley, y podemos compartirla con terceros con fines coherentes con la misión de Johns Hopkins, incluidos los fines de investigación y mejora de la atención de las comunidades con las que trabajamos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Conjunto de datos limitados. Podemos usar su información de salud para crear un “conjunto de datos limitados” eliminando cierta información identificatoria. Podemos usar y divulgar un conjunto de datos limitados solo con fines de investigación u operaciones de salud pública o atención médica, y cualquier tercero que reciba un conjunto de datos limitados debe firmar un acuerdo para proteger su información de salud.

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

Sus derechos con respecto a su información de salud

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

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

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

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

notificaremos a los que tengan la información de salud incorrecta o incompleta. Si negamos su solicitud, le daremos las razones por escrito de por qué no hicimos la enmienda y le explicaremos sus derechos.

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

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

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

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

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de cierta manera o en un lugar determinado. Si desea que nos comuniquemos con usted de una manera especial, deberá proporcionarnos detalles sobre cómo contactarlo. También deberá proporcionarnos información sobre cómo se manejará el pago. Podemos pedirle que explique cómo la divulgación de toda o parte de su información de salud podría ponerlo en peligro. Atenderemos las solicitudes razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted utilizando las formas o ubicaciones solicitadas, quizás lo contactemos usando cualquier información que tengamos.

Derecho a ser notificado en caso de incumplimiento. Le notificaremos si su información de salud ha sido “vulnerada”, lo que significa que ha sido usada o divulgada de una manera que es incompatible con la ley y en la que puede verse comprometida.

Ejercicio de derechos, preguntas o quejas

Si quiere obtener un formulario de solicitud correspondiente para: (i) inspeccionar o recibir una copia de su información de salud; (ii) solicitar una enmienda en su información de salud; (iii)

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

solicitar un informe de divulgaciones de su información de salud; o (iv) solicitar una divulgación de su información de salud, o si tiene otras preguntas, comuníquese con:

Administración del plan

c/o Johns Hopkins HealthCare Compliance Department
7231 Parkway Drive, Suite 100
Hanover, MD 21076

Teléfono: 410-762-1575

Línea gratuita: 1-844-697-4071

Fax: 410-762-1502

Correo electrónico: MedicareCompliance@jhhp.org

Si considera que no se han respetado sus derechos de privacidad de conformidad con las leyes aplicables o según se explica en este Aviso, puede presentar una queja. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No sufrirá ningún tipo de sanción por presentar una queja.

Oficina de Privacidad de Johns Hopkins

733 N. Broadway, MRB Suite 102B
Baltimore, MD 21205

Teléfono: 410-614-9900

Fax: 443-529-1548

Correo electrónico: hipaa@jhmi.edu

Derecho a una copia impresa de este Aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. También puede pedirnos que le enviemos una copia en cualquier momento. Puede disponer de copias de este Aviso si las solicita a Johns Hopkins HealthCare LLC o se pone en contacto con la Oficina de Privacidad, tal como se explica arriba. También puede obtener una copia electrónica en el sitio web de Johns Hopkins, hopkinsmedicine.org/patientprivacy.

Planes que seguirán este Aviso:

- Johns Hopkins Advantage MD (PPO)
- Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO)
- Johns Hopkins Advantage MD Group (PPO)
- Johns Hopkins Advantage MD Primary (PPO)
- Johns Hopkins Advantage MD (HMO)
- Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)
- Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)
- Johns Hopkins Advantage MD Tribute (HMO)

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Aviso de no discriminación

El plan cumple todas las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en cuanto a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-293-5325 (TTY: 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-877-293-5325 (TTY: 711)。

Cambios futuros en las prácticas de privacidad del Plan y este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y las prácticas de privacidad de los Planes incluidos en este Aviso. Nos reservamos el derecho de aplicar la vigencia del Aviso revisado o enmendado en relación con la información de salud que ya tenemos sobre usted así como también en la información que recibamos en el futuro. El Aviso actual se publicará también en el sitio web de Johns Hopkins en hopkinsmedicine.org/patientprivacy. Además, puede solicitar una copia del Aviso actualmente vigente en cualquier momento.

Revisado 10/01/2024

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

Como miembro de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP), tiene derecho a obtener diferentes tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios al Miembro:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de las condiciones financieras del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las certificaciones de los proveedores y las farmacias en nuestra red y sobre la forma en que les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al momento de usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proveen información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 ofrecen información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 provee información sobre cómo solicitar una explicación por escrito respecto de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene una restricción. También provee información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, llamada apelación.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado
--------------------	--

Tiene el derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

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

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

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye recibir toda la información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a gestionar los fármacos y hacer uso de sus medicamentos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe acerca de los riesgos involucrados en su cuidado. Debe ser notificado con anticipación si alguna propuesta de atención o tratamiento médicos es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la elección de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otra instalación médica, aún si el médico le recomienda lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

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

En ocasiones, las personas no tienen la capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir qué quiere que ocurra si se encuentra en esa situación. Esto quiere decir que, *si usted lo desea*, puede:

- Llenar un formulario escrito para **otorgarle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, si en algún momento no puede tomarlas por sí mismo.
- **Suministrar instrucciones escritas a sus médicos** sobre la manera en que usted desea que manejen su atención médica, si no puede tomar las decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que usted puede utilizar para dar sus instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **instrucciones anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

anticipadas y diferentes nombres con que se las conoce. Los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder legal para atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de una directiva anticipada de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de artículos de oficina. Algunas veces puede obtener formularios de instrucciones anticipadas por parte de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede contactar a Servicios al Miembro para solicitar los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde haya obtenido el formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Considere pedir a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas indicadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que designa en el formulario que tomará las decisiones en su lugar si usted no puede hacerlo. Le recomendamos darles copias a sus familiares o amigos cercanos. Conserve una copia en su casa.

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

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

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

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

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

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

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que está siendo tratado de manera injusta o que no se están respetando sus derechos?**Si es sobre discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si considera que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no se están respetando debido a su raza, discapacidad, religión, género, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Tiene que ver con otra cosa?

Si considera que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no se están respetando, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicios al Miembro**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para más detalles, vaya a la Sección 3 del Capítulo 2.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos.

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

- Puede **llamar a Servicios al Miembro**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para más detalles, vaya a la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede contactar a **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y Protecciones de Medicare*. (La publicación se encuentra disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Las cosas que necesita hacer como miembro del plan se encuentran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta Evidencia de cobertura para conocer lo que está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para que sus servicios sean cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 le ofrecen detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6, se ofrecen detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si posee otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, está obligado a informarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Hágale saber a su médico y otros proveedores de servicios médicos que está afiliado a nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan y su tarjeta del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) cuando obtenga su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a asistirle al suministrarles información, hacerles preguntas y hacer seguimiento a la atención médica que recibe.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, dígalos a sus médicos y a los otros proveedores sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y su médico acordaron.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los medicamentos, vitaminas y suplementos de venta libre.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y de obtener respuestas que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude a que el consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas lleven a cabo sus labores sin problemas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al obtener el medicamento.
 - Si debe pagar un monto adicional por la Parte D debido a ingresos más altos (como se informó en su última declaración de impuestos), debe seguir pagando el

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

monto adicional directamente al gobierno para continuar siendo miembro de nuestro plan.

- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo**, para así mantener su registro de membresía al día y tener su información de contacto.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede permanecer como miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, es importante que lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una queja

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que usa para manejar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema tiene que ver con los beneficios cubiertos por **Medicare** o el **Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)**. Si desea ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), o ambos, comuníquese con Servicios al Miembro.
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**; también llamadas reclamos.

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

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

Sección 1.2 Con respecto a los términos legales

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

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación a riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se usan abreviaciones lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil (y en ocasiones muy importante) que usted conozca los términos legales correctos. Conocer qué término utilizar le ayudará a comunicarse de forma más precisa para obtener la ayuda o la información correcta para su situación. Para ayudarlo a conocer cuáles

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

términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

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

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre cómo lo tratamos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe intentar comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que desee obtener ayuda o asesoramiento de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, hay dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores entrenados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a entender cuál proceso debe seguir para manejar el problema que tiene. También pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle asesoría sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP son gratuitos. Puede encontrar los números telefónicos y los URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

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

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud de Maryland. Puede llamar al 1-877-463-3464, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede escribir al Departamento de Salud de Maryland en 201 Preston Street, Baltimore, MD 20201. Puede visitar el sitio web de Medicaid (<https://health.maryland.gov>).

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

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

Debido a que tiene Medicare y recibe asistencia del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), usted cuenta con diferentes procesos que puede utilizar para manejar su problema o queja. El proceso que utilice depende de si el problema se trata de los beneficios de Medicare o de los beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), entonces debe utilizar el proceso del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Si desea ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), comuníquese con Servicios al Miembro.

El proceso de Medicare y el proceso del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, use la tabla a continuación.

¿Su problema se relaciona con los beneficios de Medicare o los beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)?

Si desea ayuda para decidir si su problema es acerca de los beneficios de Medicare o los beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), comuníquese con Servicios al Miembro.

Mi problema es sobre los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare**.

Mi problema es sobre la cobertura del **Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)**.

Salte a la **Sección 12** de este capítulo, **Manejo de problemas sobre sus beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)**.

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

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare

Sección 4.1	¿Debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?
--------------------	---

Si tiene un problema o inquietud, lo único que tiene que hacer es leer las partes de este capítulo que aplican para su situación. La tabla a continuación le ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para averiguar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud acerca de sus beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

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

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B) está cubierta o no, la manera en que aplica la cobertura y los problemas relacionados con el pago de servicios médicos o medicamentos recetados.

Sí.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, Una guía sobre la información básica de las decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.

Diríjase directamente a la **Sección 11** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes**.

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

SECCIÓN 5 Una guía sobre la información básica de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: información general

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

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo refiere a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera como una decisión de cobertura favorable, a no ser que su médico de la red pueda mostrar que usted recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico, o que la Evidencia de cobertura deje claro que el servicio referido no está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitar una decisión de cobertura, si su médico tiene dudas sobre si nosotros cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a proporcionarle una atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio de atención médica antes de que lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique el motivo de rechazo de la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

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

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho, ya sea antes o después de haber recibido el beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Bajo ciertas circunstancias, que discutiremos más adelante, usted puede solicitar una **apelación**

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

rápida de una decisión de cobertura. Su apelación la manejan revisores diferentes a quienes tomaron la decisión inicial.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se le llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para ver si seguimos las normas adecuadamente. Al terminar la revisión le haremos saber nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos de forma total o parcial su apelación de Nivel 1 para atención médica, su caso pasará de forma automática a una apelación de Nivel 2, que se llevará a cabo por una organización de revisión independiente que no guarda conexión con nosotros.

- No necesita hacer nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 7 de este capítulo.

Si no queda satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, usted puede seguir con niveles adicionales de apelación. (La Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

Aquí presentamos recursos si decide solicitarnos cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios al Miembro**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.

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

- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario de *Designación de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.hopkinsmedicare.com).
 - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, será automáticamente enviada al Nivel 2.
 - Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico o quien le receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o quien le receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede autorizar a alguien para que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a una persona para que actúe como su **representante** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios al Miembro y solicite el formulario de *Designación de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.hopkinsmedicare.com). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea designar como su representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - A pesar de que podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación se descartará. Si esto ocurre, le enviaremos una notificación por escrito en donde se le explicará su derecho de solicitarle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contactar a su abogado de confianza, conseguir el nombre de un abogado del Colegio de Abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le darán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no tiene que contratar un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

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

Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona detalles para su situación?
--------------------	--

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene normas y fechas límites diferentes, damos los detalles para cada una de ellas en una sección aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura para una mayor permanencia en el hospital si cree que su médico le dio el alta demasiado pronto
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto (*Se aplica solo a los siguientes servicios*: atención médica a domicilio, atención de centros de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria [CORF])

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame a Servicios al Miembro. También puede recibir ayuda o información de organizaciones gubernamentales, tales como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas con la cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos su atención médica
--------------------	--

Esta sección habla sobre sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué difieren las normas de los medicamentos recetados de la Parte B de las normas de servicios y artículos médicos.

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

En esta sección, se explica qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe cierto tipo de atención médica que desea y considera que está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de salud quiere darle y usted considera que dicha atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2**
3. Ha recibido atención médica que considera que está cubierta por el plan, pero nos hemos negado a pagarla. **Presente una apelación. Sección 6.3**
4. Recibió y pagó por atención médica que usted considera que el plan debió cubrir y usted desea solicitarle a nuestro plan que le reembolse por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5**
5. Se le informó que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo, y que fue previamente aprobada por nosotros, será reducida o suspendida y usted considera que esa decisión puede afectar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3**

Nota: Si la cobertura que será suspendida es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención de centros de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF), lea las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales para este tipo de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se llama **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida también se denomina **determinación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Generalmente, una decisión de cobertura estándar se toma en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una decisión de cobertura rápida se toma en un plazo de 72 horas para los servicios médicos o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Usted *solo puede solicitar* cobertura para artículos médicos o servicios (no para solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).

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

- *Solo puede recibir una decisión de cobertura rápida si el uso de los plazos estándar podría afectar gravemente su salud o alterar su capacidad de funcionar de forma normal.*

Si su médico nos indica que su salud requiere de una decisión de cobertura rápida, automáticamente acordaremos darle una decisión de cobertura rápida.

Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que establece lo siguiente:

- Explica que usaremos los plazos estándar.
- Explica que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Explica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en vez de la decisión rápida de cobertura que usted solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que brindemos la cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le notificamos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos plazos estándar.

Esto significa que le daremos respuesta dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su solicitud de un **artículo o servicio médico**. Si su solicitud es de un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le responderemos en el **plazo de las 72 horas** posteriores a recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podremos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura

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

y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida, usamos plazos acelerados.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en menos de 72 horas en el caso de que su solicitud sea de un artículo o servicio médico. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en el plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podremos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
- Si cree que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto tomemos la decisión.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede apelar.

- Si nos negamos, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión a través de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina “reconsideración”.

Una apelación rápida también se denomina “reconsideración acelerada”.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, una apelación estándar se realiza en un plazo de 30 días calendario o de 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación rápida se toma en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidados que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que el estado de su salud requiere una apelación rápida, nosotros se la daremos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que se necesitan para obtener una decisión de cobertura rápida que se encuentran en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite al plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe solicitar una apelación dentro de 65 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación se atrasó cuando presente su apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para apelar. Ejemplos de una buena causa incluyen una enfermedad grave que no le permitió contactarnos o que le hayamos informado de forma incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información respecto a su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

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

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, evaluamos cuidadosamente toda la información. Corroboramos que hayamos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recolectaremos más información si la necesitamos poniéndonos en contacto con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podremos tomarnos más tiempo.
 - Si no le damos una respuesta dentro 72 horas (o si existe un período de tiempo extendido al término de dicho período), automáticamente debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos total o parcialmente su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos aceptado proporcionar en el transcurso de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos total o parcialmente su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba la apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de 30 días calendario** luego de recibir su apelación. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se

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

lo informaremos por escrito. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, no podremos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.

- Si cree que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta en 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta en el plazo mencionado (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos total o parcialmente su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o en un plazo de **7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza total o parcialmente su apelación, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.**

Sección 6.4 Paso a paso: ¿Cómo se hace una apelación de Nivel 2?

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es la **Entidad de Revisión Independiente**. En ocasiones se le llama **IRE (Independent Review Entity)**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se le llama **expediente del caso**. **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene el derecho de darle información adicional a la organización de revisión independiente para apoyar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

Si usted realizó una apelación rápida en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** siguientes a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que lo beneficie, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar la decisión.

Si usted realizó una apelación estándar en el Nivel 1, también la tendrá en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que lo beneficie, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si su solicitud es de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar la decisión.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará de su decisión por escrito y le explicará las razones.

- **Si la organización de revisión independiente acepta total o parcialmente una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura para atención médica **en el transcurso de 72 horas** o prestar el servicio **en el transcurso de 14 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar** o **en el transcurso de 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta total o parcialmente una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proveer el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en el transcurso de **72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar** o en el transcurso de las

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

24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.

- **Si esta organización rechaza de forma total o parcial su apelación**, significa que coinciden con nuestro plan en que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (A esto se le llama **sostener la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:
 - Explicará su decisión.
 - Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita alcanza cierto mínimo. En la notificación escrita que recibe de la organización de revisión independiente se le informará el valor monetario necesario para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le informará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted puede optar por continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles). Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo le ofrece los procesos de apelación de Niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica?
--------------------	---

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

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

La solicitud de un reembolso es una solicitud de decisión de cobertura de nuestra parte.

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, corroboraremos que la atención médica por la cual pagó corresponde a un servicio cubierto. También corroboraremos si siguió todas las normas establecidas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero sin superar los 60 días calendario de haber recibido su solicitud. Si no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió las normas, no le enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta que indica que no pagaremos por la atención médica y que detalla las razones que justifican la decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **podrá presentar una apelación**. Si realiza una apelación, significa que nos está solicitando cambiar la decisión de cobertura que hicimos cuando rechazamos su petición de pago.

Para realizar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 6.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta dentro de 60 días calendario luego de recibir su apelación. Si nos solicita el reembolso de una atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones luego del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado, a usted o a su proveedor, dentro de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1	Esta Sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si desea que realicemos un reembolso por un medicamento de la Parte D
--------------------	--

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para recibir cobertura, el medicamento debe usarse por una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5

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

para más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, por lo general en el resto de la sección decimos “*medicamento*” en lugar de repetir “*medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios*” o “*medicamento de la Parte D*” cada vez que los mencionamos. También usamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de “*Lista de medicamentos cubiertos*” o “*Formulario*”.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlos.
- Si su farmacia le indica que su receta no puede ser surtida como está escrita, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito explicando cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicita que anulemos una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como los límites sobre la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicita la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- El pago de un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura y cómo solicitar una apelación.

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

Sección 7.2 ¿Qué constituye una excepción?

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos en ocasiones se denomina solicitar una **excepción del formulario**.

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento en ocasiones se denomina solicitar una **excepción del formulario**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto en ocasiones se denomina solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no se encuentra cubierto de la manera que a usted le gustaría, puede solicitarnos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de una excepción, su médico u otra persona que le recete medicamentos tendrá que explicar las razones por las cuales necesita que se apruebe la excepción. Aquí tenemos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona que receta pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que corresponde a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción del costo compartido que requerimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3 Cosas importantes a saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe indicarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que le receta medicamentos debe darnos una declaración donde explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información de su médico u otro profesional que le receta medicamentos cuando solicite una excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición particular. Estas diferentes posibilidades reciben el nombre de medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuese tan eficaz como el medicamento que usted

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

solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* le aprobaremos su petición de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aceptamos su solicitud para que realicemos una excepción, normalmente nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando su médico continúe recetando su medicamento y que este continúe siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión mediante una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

Término legal

A una decisión de cobertura rápida se le llama **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de las **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicítenos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida que solicite el reembolso por un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándar podría causar daños graves a su salud o dañar su capacidad de trabajo.
- **Si su médico u otro profesional que expide la receta le comunica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le otorgaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo del médico o profesional que le recete medicamentos, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que establece lo siguiente:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.

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

- Explica que, si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Le informa cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en vez de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas de su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que brindemos la cobertura para la atención médica que desea. Usted también puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluyendo una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud para la determinación de cobertura de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.hopkinsmedicare.com. El Capítulo 2 tiene información de contacto. También puede enviar una determinación de cobertura electrónicamente en nuestro sitio web. Visite www.hopkinsmedicare.com y haga clic en “For Members” (Para miembros). La información que envíe se envía a una ubicación segura. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que recete) o su representante pueden hacer esto. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle un permiso escrito a otra persona para que sea su representante.

- **Si solicita una excepción, debe proporcionar la declaración de respaldo**, que son los fundamentos médicos para la excepción. Su médico o quien le recete medicamentos puede enviarnos dicho informe por fax o por correo. O pueden informarnos vía telefónica y luego enviarnos por fax o correo una declaración por escrito si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le notificamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle una respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.

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

- **Si aceptamos de forma total o parcial su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud o del informe médico que la respalda.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si aceptamos de forma total o parcial su solicitud**, debemos **proporcionar la cobertura** acordada **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud o del informe médico que la respalda.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre medicamentos que ya compró

- Debemos darle una respuesta **dentro de 14 días calendario** luego de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si aceptamos total o parcialmente su solicitud**, también estamos obligados a pagarle en el transcurso de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si nos negamos, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión a través de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura del

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

medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que irá al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación**.

La apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, una apelación estándar se toma en un plazo de 7 días calendario. Por lo general, una apelación rápida se toma en un plazo de 72 horas. Si su condición de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de un medicamento que no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que le recete medicamentos tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que se necesitan para obtener una decisión de cobertura rápida que se encuentran en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que recete deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, presente una solicitud por escrito o llámenos al (1-877-293-4998).** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, inclusive solicitudes enviadas con el Formulario Modelo de Solicitud de Redeterminación de los CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web www.hopkinsmedicare.com. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- También puede enviar una apelación electrónicamente en nuestro sitio web. Visite www.hopkinsmedicare.com y haga clic en “For Members” (Para miembros). La información que envíe se envía a una ubicación segura.

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

- **Debe solicitar una apelación dentro de 65 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para hacerlo, explique el motivo por el cual su apelación se atrasó cuando presente su apelación. Podríamos otorgarle más tiempo para apelar. Ejemplos de una buena causa incluyen una enfermedad grave que no le permitió contactarnos o que le hayamos informado de forma incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, evaluamos cuidadosamente toda la información sobre su petición de cobertura. Corroboramos que hayamos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico, u otro profesional que le recete medicamentos, para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos una respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas, debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos de forma total o parcial para su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión y cómo puede apelarla.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de 7 días calendario** luego de recibir su apelación. Le daremos una respuesta antes si no ha recibido los medicamentos todavía y su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos una decisión en 7 días calendario, debemos enviar su petición al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

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

- **Si aceptamos de forma total o parcial su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación. **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión y cómo puede apelarla.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **dentro de 14 días calendario** luego de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si aceptamos total o parcialmente su solicitud**, también estamos obligados a pagarle en el transcurso de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos de forma total o parcial su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita explicando los motivos de nuestra decisión. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere seguir con el proceso de apelaciones y realizar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2
--------------------	---

Término legal

El nombre formal para la organización de revisión independiente es la Entidad de Revisión Independiente . En ocasiones se le llama IRE (Independent Review Entity) .
--

La **organización de revisión independiente** es una **organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

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

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que le recete medicamentos) debe contactar a la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la nota escrita que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le dirán quién puede presentar una apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo contactar a la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o si tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** según nuestro programa de gestión de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se le llama **expediente del caso**. **Usted tiene el derecho de solicitarnos una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene el derecho de darle información adicional a la organización de revisión independiente para apoyar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización está de acuerdo con darle una apelación rápida, debe darle respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de la recepción de su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** desde la recepción de su apelación en caso de que sea por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 14 días calendario** después de recibir su apelación.

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

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa de forma total o parcial a su solicitud**, debemos facilitar la cobertura del medicamento que fue aprobado por la organización **dentro de las 24 horas** luego de recibir la decisión de la revisión.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta en forma total o parcial su solicitud de cobertura**, debemos **brindarle la cobertura del medicamento** aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión por parte de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba de manera total o parcial una solicitud de rembolsarle** un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en el transcurso de 30 días calendario** después de que hayamos recibido la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza de forma total o parcial su apelación, significa que coinciden con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (A esto se le llama **sostener la decisión**. También se le llama **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- Explicará su decisión.
- Le notificará sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor monetario de la cobertura del medicamento que está solicitando es muy bajo, no puede hacer otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Le informará el valor monetario que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted puede optar por continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles).
- Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la decisión de apelación de Nivel 2.

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

- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 **Cómo solicitarnos la cobertura para una mayor permanencia en el hospital si cree que su médico le dio el alta demasiado pronto**

Cuando ingresa a un hospital, tiene el derecho de recibir todos sus servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que sea dado de alta. Ayudarán a programar los cuidados que podría necesitar después de salir del hospital.

- El día que deja el hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que está siendo dado de alta demasiado pronto, puede solicitar una estadía mayor en el hospital y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito en el que Medicare le explica sus derechos
--

Dentro de los dos días calendario de que ingrese en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que cuenten con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al Miembro o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si tiene dudas. Le informa sobre lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo ordene su médico. Su derecho a conocer dichos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión que tenga que ver con su hospitalización.
- Dónde notificar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.

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

- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Es una manera formal y legal de solicitar una demora en su fecha de alta, para que cubramos su atención hospitalaria durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá firmar el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.**
- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
 - La firma del aviso indica *únicamente* que recibió la información acerca de sus derechos. Este aviso no le informa su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Quédesse con una copia** de su notificación a la mano para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o notificar alguna preocupación sobre la calidad de la atención) si la necesita.
- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha de alta, obtendrá otra copia antes de que se le dé el alta.
 - Si desea consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si desea solicitar que sus servicios de hospitalización sean cubiertos por nosotros por un tiempo mayor, deberá usar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios al Miembro. También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Corroborar si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización de Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga para que comprueben la calidad del

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

cuidado de los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. Esto incluye revisar las fechas de alta de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Contacte a la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Usted debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo contactar a esta organización. O busque el nombre, la dirección y los números telefónicos de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para realizar su apelación, debe contactar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **no más tarde de la medianoche del día de su alta**.
 - **Si cumple con este plazo**, usted puede permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera obtener la decisión por parte de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si usted no cumple con esta fecha**, contáctenos. Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *quizás deba tener que pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día siguiente a que nos contactemos, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso indica su fecha de alta planificada y explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) ser dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del Aviso detallado del alta llamando a Servicios al Miembro o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede leer una copia del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices..

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura

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

de sus servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les demos.
- Al mediodía del día siguiente después de que los revisores nos informaron sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte en cual se indica su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) ser dado de alta en esa fecha.

Paso 3: Un día después de tener toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión la *acepta*, **debemos seguir proporcionándole sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado por el tiempo que los servicios sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si aplican). Además, puede haber límites a sus servicios de hospitalización cubiertos.

¿Qué ocurre si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión la *rechaza*, están diciendo que su fecha planificada de alta es médicamente adecuada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado cesará** al mediodía del día *siguiente* al que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le da la respuesta sobre su apelación.
- Si la organización de revisión *deniega* su apelación y usted decide seguir hospitalizado, entonces **podría tener que pagar el costo total** de los servicios hospitalarios que reciba luego del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le haya dado respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad ha *rechazado* su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

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

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta planificada.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días calendario de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.

En el caso de que la organización de revisión acepte:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria como paciente hospitalizado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que existan limitaciones de cobertura.

En el caso de que la organización de revisión no acepte:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- La notificación que usted reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted debe decidir si desea pasar al siguiente nivel de apelación, el Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles). Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos la continuación de la cobertura de ciertos servicios médicos si considera que la cobertura dura muy poco

Sección 9.1	<i>Esta sección versa solo sobre tres servicios: atención médica a domicilio, atención de centros de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF)</i>
--------------------	---

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral ambulatoria)**, tiene derecho a continuar recibiendo cobertura de sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Se nos requiere que le comuniquemos con anticipación cuando decidamos que es tiempo de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención para usted. Cuando finalice su cobertura para ese tipo de atención, *dejaremos de pagar su atención*.

Si usted considera que finalizamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

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

Sección 9.2 Le informaremos por anticipado cuándo finalizará su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo detener su atención.

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica. Este aviso le informa sobre lo siguiente:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención médica.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso indica *únicamente* que recibió la información acerca de cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de dejar de recibir el servicio.

Sección 9.3 Paso a paso: ¿Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período mayor?

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período más largo, tendrá que usar el proceso de apelaciones para hacer dicha solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios al Miembro. También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha en que finaliza su atención es médicamente apropiada.

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

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite una revisión rápida. Usted debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que usted recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y los números telefónicos de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, quizás tenga derecho a apelar. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso que provee información detallada sobre los motivos por los cuales termina la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de sus servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también evaluará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha dado.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nosotros una **Explicación detallada de no cobertura** que explica en detalle nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

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

Paso 3: Un día después de tener toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si aplican). Puede haber límites a sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo la atención médica a domicilio, o atención de centros de enfermería especializada, o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, entonces **usted tendrá que pagar el costo total de esta atención** por su propia cuenta.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea hacer otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención después de que su cobertura de la atención ha terminado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a paso: ¿Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período mayor?
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención médica a domicilio, la atención de centros de enfermería especializada o los servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1.

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

Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde afirmativamente?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que indicamos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- La notificación que usted reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, la cual es manejada por un juez de derecho administrativo o por un abogado litigante.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted debe decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que usted recibe al término de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante se encargarán de la apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo le ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

SECCIÓN 10 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor monetario del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor monetario es menor que el nivel mínimo, no puede continuar apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, se explica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez en derecho administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante acepta su apelación, es posible que el proceso de apelaciones *concluya o no*.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizarle o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado litigante.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos que la acompañan. Podemos esperar la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, es posible que el proceso de apelaciones *haya o no haya* terminado.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar o no esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, nosotros le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y *aceptará o denegará* su solicitud. Esta es la respuesta definitiva. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 **Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser adecuada si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado cumple con cierta cantidad monetaria, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si la cantidad monetaria es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, se explica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.**

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o abogado litigante **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelaciones ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o hacer el pago a más tardar en 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También le indicará a quién contactar y qué hacer a continuación si usted decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y *aceptará* o *denegará* su solicitud. Esta es la respuesta definitiva. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

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

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes.

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas gestiona el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. Aquí encontrará ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio de atención al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está conforme con nuestros Servicios al Miembro? • ¿Siente que lo están alentando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para acordar una cita o ha tenido que esperar demasiado para obtenerla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por nuestros Servicios al Miembro u otro miembro del personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de exámenes o cuando surte una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o la condición de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que usted recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

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

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas están todas relacionadas con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y se la denegamos; puede presentar una queja. Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. Usted cree que no cumplimos con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios o elementos médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se conoce como **reclamo**.
- Presentar una queja** también se conoce como **hacer un reclamo**.
- Usar el proceso de quejas** también se llama **usar el proceso para presentar un reclamo**.
- Una **queja rápida** también se conoce como **reclamo expedito**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- Por lo general, llamar a Servicios al Miembro es el primer paso.** Si hay algo más que usted debe hacer, Servicios al Miembro se lo informará.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede enviarnos su queja por escrito.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

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

- Si desea utilizar el proceso escrito, así es como funciona:
 - Envíe su queja por escrito (también se le llama reclamo) sobre la atención médica a:

Johns Hopkins Advantage MD Grievances
P.O. Box 3507
Scranton, PA 18505
Número de fax: 1-855-825-7726
 - Envíe su queja por escrito (también se le llama reclamo) sobre la receta de medicamentos de la Parte D a:

Johns Hopkins Advantage MD
c/o CVS/Caremark Medicare Part D Grievances Department
P.O. Box 30016
Pittsburgh, PA 15222-0330
Número de fax: 1-866-217-3353
- Usted puede presentar un reclamo verbalmente o por escrito, pero tiene tiempo hasta 60 días después del evento o incidente que originó el reclamo. Cuando usted presente un reclamo, actuaremos de manera rápida y adecuada, y llevaremos adelante una investigación completa del reclamo. La investigación completa incluye:
 - a. Revisar toda la documentación previa en el registro de los miembros;
 - b. Revisar el reclamo o los reclamos anteriores y actuales en el expediente del miembro;
 - c. Utilizar todo el material del plan, los sistemas y departamentos internos y externos para obtener la información necesaria para abordar y resolver el reclamo;
 - d. Revisar las notas de las llamadas previas para determinar qué podría haber contribuido al reclamo;
 - e. Revisar las grabaciones de las llamadas según sea necesario.

Se le notificará de nuestros hallazgos tan rápidamente como el caso lo requiera, en base al estado de salud del miembro. Los reclamos expeditos se tratarán de inmediato y al miembro se le entregará una resolución dentro de las 24 horas siguientes a la recepción del caso. Nuestra investigación de los reclamos regulares se completará dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que se reciba la solicitud oral o escrita, a menos que se extienda según lo permitan los reglamentos establecidos por CMS. Se le notificará de nuestros hallazgos verbalmente o por escrito. Somos responsables de procesar su reclamo dentro de los plazos establecidos por CMS.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde que tuvo el problema por el cual desea quejarse.

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

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de un período de 30 días calendario.** Si necesitamos información adicional, y la demora es beneficiosa para usted, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **En caso de que esté presentando una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le asignaremos una queja rápida automáticamente.** Si tiene una queja rápida, significa que le brindaremos una respuesta dentro de 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja, o no asumimos la responsabilidad del problema por el cual usted presenta la queja, incluiremos nuestros fundamentos en nuestra respuesta.

Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad
---------------------	--

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad.** La Organización de Mejoramiento de la Calidad está conformada por un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud, contratados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5	También puede comunicarle su queja a Medicare
---------------------	--

Puede presentar una queja sobre Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE MARYLAND (MEDICAID)**SECCIÓN 12 Manejo de problemas sobre sus beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)**

Para obtener más información y ayuda para manejar problemas, puede igualmente contactar al Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Si tiene Medicare y Medicaid, algunos de los servicios de su plan también pueden estar cubiertos por el programa del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Por lo tanto, si cree que le negamos indebidamente un servicio o el pago de un servicio, también puede tener derecho a solicitarle al programa del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) que pague el servicio. También puede presentar apelaciones y reclamos relacionados con los servicios cubiertos por Medicaid. Para obtener más información, consulte el manual de Medicaid o comuníquese con la agencia del Departamento de Salud del Estado de Maryland (Medicaid) a la información de contacto que figura en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento. El plan proporcionará asistencia razonable que estará determinada por sus necesidades. Esto puede incluir, entre otros, ayudarlo a completar formularios, revisar su beneficio de Medicaid y abordar preguntas sobre reclamaciones, quejas y/o apelaciones.

CAPÍTULO 10:

*Finalización de su membresía en el
plan*

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (es su propia elección) o **involuntaria** (no es su propia elección):

- Podría dejar nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proveen información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no toma la decisión de dejar el plan, pero nosotros nos vemos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 le explica las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo finalizar su membresía con nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid)

- La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertas épocas del año. Debido a que tiene el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), puede finalizar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluyendo:
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados separado de Medicare;
 - Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática); o
 - De ser elegible, un D-SNP integrado que provea los beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Nota: Si usted cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la Oficina del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) del estado para conocer las opciones de planes del Departamento de Salud de Maryland

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

(Medicaid) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- Hay otras opciones del plan de salud de Medicare disponibles durante el **Período de inscripción anual**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía por lo general finalizará el primer día del mes posterior al que se recibe su solicitud de cambio de planes. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2	Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	---

Puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también llamado Período abierto de inscripción anual). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** va desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
 - **Elija si desea mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir entre cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados separado de Medicare.
- O*
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando inicie la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por la inscripción automática.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe luego en algún plan de medicamentos de Medicare.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan**Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual de Medicare Advantage**

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo, y también para los beneficiarios nuevos de Medicare inscritos en un plan MA, desde el mes del derecho adquirido a la Parte A y Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho adquirido.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, usted puede:
 - Cambiar a otro Medicare Advantage Plan con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Desafiliarse de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o a que recibamos su solicitud de cambiarse a Original Medicare. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, usted puede ser elegible para cancelar su membresía en otras épocas del año. Se lo conoce como **Período de inscripción especial**.

Es posible que sea elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones aplica para usted. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando se haya mudado.
- Si tiene el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).
- Si usted es elegible para “Ayuda Adicional” con el pago de sus recetas de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

- Si recibe atención médica en una institución, tal como un hogar de reposo o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Se inscribe en el Programa de Cuidados Integrales para Personas Mayores de (PACE).
- **Nota:** Si usted se encuentra en un plan de administración de medicamentos, es posible no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 contiene más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos de inscripción varían de acuerdo con su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, comuníquese con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud con Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. También puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados separado de Medicare.
- –U– Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados separado de Medicare.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe luego en algún plan de medicamentos de Medicare.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por la inscripción automática.

Su membresía por lo general finalizará el primer día del mes posterior al que se recibe su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) y “Ayuda Adicional”.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan**Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo finalizar su membresía?**

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios al Miembro.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare y Usted 2025*.
- Contacte a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan médico de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Cuando comience la cobertura de su plan nuevo, automáticamente se cancelará su inscripción en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados separado de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Cuando comience la cobertura de su plan nuevo, automáticamente se cancelará su inscripción en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP).

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por la inscripción automática. ○ Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visitar nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede contactar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le cancelará su inscripción en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe luego en algún plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), comuníquese con el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) al 1-410-767-6500 o al 1-800-492-5231 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo el hecho de unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).

Para obtener información sobre el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) como miembro con doble elegibilidad, comuníquese con la oficina local del Departamento de Servicios Sociales del Estado en:

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

DSS del Condado de Anne Arundel

80 West Street
Annapolis, MD 21401

(Edificio del Tribunal de Distrito)

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

Correo electrónico: aacounty.dhs@maryland.gov
Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

DSS del Condado de Baltimore

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

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

DSS del Condado de Carroll

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

Correo electrónico: dcarrolldept_dhr@maryland.gov
Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

DSS del Condado de Frederick

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

Ubicación:

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

Correo electrónico: FCDSS.info@maryland.gov
Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

DSS del Condado de Howard

9780 Patuxent Woods Drive
Columbia, Maryland 21046
Teléfono: 410-872-8700
Correo electrónico: howco.dss@maryland.gov
Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

DSS del Condado de Montgomery

Oficina principal (no servicio público)
401 Hungerford Drive, 5th Floor
Rockville, Maryland 20850

Centro Silver Spring del DHHS

8818 Georgia Ave.
Silver Spring, MD 20910

Oficinas del DHHS

1401 Rockville Pike
Rockville, MD 20852

Edificio del DHHS del centro del Condado

1301 Piccard Drive
Rockville, MD 20850

Centro de servicios regionales del norte del Condado

2nd Floor, 12900 Middlebrook Rd.
Germantown, MD 20874
Teléfono: 240-777-0311
Fax: 240-777-1494
TTY: Use el servicio de retransmisión MD 711

DSS del Condado de Somerset

30397 Mt. Vernon Road
Princess Anne, Maryland 21853
Teléfono: 410-677-4200
Fax: 410-677-4300
Correo electrónico: somerset.dss@maryland.gov
Horario de atención: lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

DSS del Condado de Washington

122 North Potomac Street
Hagerstown, Maryland 21740
Teléfono: 240-420-2100
Fax: 240-420-2125

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

DSS del Condado de Wicomico

201 Baptist Street, Suite 27

Salisbury, Maryland 21801

Teléfono: 410-713-3900

Fax: 410-713-3910

Correo electrónico: wicodss.county@maryland.gov

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

DSS del Condado de Worcester

299 Commerce Street

Snow Hill, Maryland 21863

P.O. Box 39

Snow Hill, Maryland 21863

Correo electrónico: worcester.dss@maryland.gov

Teléfono: 410-677-6800

Fax: 410-677-6810

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

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía en Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos, médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias de la red o use el *pedido por correo* para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).**

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 5 Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) debe terminar su membresía con el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) debe terminar su membresía con el plan si sucede cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si usted ya no cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted ya no es elegible para el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid). Debemos notificarle por escrito que tiene un período de gracia de 6 meses para recuperar la elegibilidad antes de que cancele su inscripción. Para obtener más información sobre el período de gracia y cómo puede afectar sus costos bajo este plan, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.
- Si no paga su reducción de gastos médicos, si corresponde.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios al Miembro para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a la cárcel).
- Si usted ya no es un ciudadano de Estados Unidos o no está presente legalmente en Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tenga que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos dio intencionalmente información incorrecta cuando se inscribió en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle abandonar nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una manera que sea perjudicial y dificulta que le proporcionemos atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle abandonar nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare).

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacerle abandonar nuestro plan por esta razón a menos que obtengamos permiso de Medicare).
 - Si terminamos su membresía por esta razón, Medicare puede hacer que su caso sea investigado por el inspector general.
- Si se le requiere que pague el monto extra de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios al Miembro.

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud</u>
--------------------	---

Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por alguna razón relacionada con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días a la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si cancelamos su membresía de nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o hacer un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que se aplica a este documento *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nosotros no discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible y todas las otras leyes que apliquen para organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley o norma que aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si padece una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame a Servicios al Miembro. Si tiene una queja, como problemas de acceso con silla de ruedas, en Servicios al Miembro pueden ayudarlo.

Johns Hopkins Advantage MD (HMO) y Johns Hopkins Advantage MD (PPO) cumplen con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminan con base en raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Johns Hopkins Advantage MD no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Johns Hopkins Advantage MD:

- Ofrece asistencia y servicios de manera gratuita a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, como: intérpretes calificados de lenguaje de señas, información por escrito en otros formatos (tipografía grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

Capítulo 11. Avisos legales

- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Miembro llamando al número 1-877-293-5325 (TTY: 711).

Si cree que Johns Hopkins Advantage MD no le ha provisto estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentarnos un reclamo ante: Johns Hopkins Grievance Compliance Coordinator at 7231 Parkway Dr., Suite 100, Hanover, MD 21076, teléfono: 1-844-422-6957 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., o llamando al número 1-844-SPEAK2US (1-844-773-2528, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana), fax: 1-410-762-1527 o por correo electrónico: compliance@jhhc.com.

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, un coordinador de cumplimiento de Johns Hopkins Advantage MD está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., de manera electrónica, en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles que se encuentra en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios para quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las regulaciones de CMS en CFR 42, secciones 422.108 y 423.462, Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP), como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que ejerce la Secretaría bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del CFR 42 y las reglas establecidas en esta sección, las cuales sustituyen cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios para pacientes que no necesitan una hospitalización, y cuya permanencia esperada en el centro no excede las 24 horas.

Apelación: una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago por servicios o medicamentos que ya usted recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Período de beneficios: el modo en que tanto nuestro plan como Original Medicare mide su uso de servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido ningún servicio de hospitalización (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite en cuanto al número de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento recetado que tiene componentes naturales y de organismos vivos, como células de animales, de plantas, bacterias o levadura. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca ha expirado.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que empieza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) hayan gastado \$2,000 de la Parte D en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Plan para Necesidades Especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para el plan MA con una o más condiciones severas o incapacitantes específicas crónicas, definidas en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción en función de múltiples comorbilidades comunes y condiciones clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coaseguro: es un monto que se le puede exigir que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo por servicios y medicamentos recetados.

Queja: el nombre formal para hacer una queja es **presentar un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que principalmente ofrece servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, así como servicios de evaluación ambiental.

Copago: la cantidad que usted puede estar obligado a pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta médica, visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: costos compartidos se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier monto deducible que un plan puede imponer antes de que los medicamentos o servicios sean cubiertos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico, o (3) cualquier monto de coaseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado está cubierto por el plan y el monto, de haberlo, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le informa que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que son cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando son elegibles para Medicare, por lo general pueden mantener esa cobertura sin pagar ninguna multa, si después deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidado supervisado: el cuidado de apoyo es un servicio de atención personal prestado en un hogar de reposo, un hospicio o en otras instalaciones cuando usted no necesita atención médica especializada ni cuidados de enfermería especializada. El cuidado de apoyo, proporcionado por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga por el cuidado de custodia.

Tasa diaria de costo compartido: se puede aplicar una tasa diaria de costo compartido cuando el médico le receta un suministro por menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted está obligado a pagar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago, dividido entre el número de días con base en el suministro de un mes. Aquí se presenta un ejemplo: Si su copago para un mes de suministro de un medicamento es de \$30, y un mes de suministro en su plan es de 30 días, entonces su “tasa diaria de costo compartido” es \$1 por día.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por la atención médica o los medicamentos antes de que pague nuestro plan.

Cancelación de la membresía: el proceso de poner fin a su membresía en nuestro plan.

Pago por expendio: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que dedica el farmacéutico a preparar y empaquetar la receta.

Plan para Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP): un tipo de plan que inscribe a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad del individuo.

Individuo con doble elegibilidad: una persona elegible para la cobertura de Medicare y del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo médico que es ordenado por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos son: andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones a electricidad, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital encargadas por un proveedor para ser usadas en casa.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

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

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: (1) provistos por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas u otra cobertura opcional seleccionada que explique su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si nuestro plan requiere autorización previa para un medicamento y usted quiere que exceptuemos la restricción de criterio o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Ayuda Adicional: un programa de Medicare para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coaseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona tan bien como un medicamento de marca y normalmente cuesta menos.

Reclamo: un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja concerniente a la calidad de la atención. No incluye disputas de cobertura o de pago.

Asistente de salud en el hogar: una persona que provee servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta registrados, tal como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Hospicio: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía puede obtener todos los servicios médicos necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una estancia en el hospital cuando ha sido admitido formalmente para recibir los servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, se lo podría considerar un “paciente ambulatorio”.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según aparece en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, usted pagará la cantidad de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo extra añadido a su prima. Menos del 5 % de los beneficiarios de Medicare se ve afectado, por lo que la mayoría de la gente no pagará una prima más alta.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos de bolsillo del año hayan alcanzado el límite de costos de bolsillo.

Período de inscripción inicial: Al momento de cumplir con los requisitos para ser elegible para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse a la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare al cumplir 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que se inicia 3 meses antes de su cumpleaños 65, incluye el mes de su cumpleaños 65 y finaliza 3 meses después de cumplir 65.

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un solo plan médico para ciertos grupos o personas elegibles para Medicare y Medicaid. Estas personas también son conocidas como personas con doble elegibilidad para todos los beneficios.

Plan Institucional para Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente por 90 días o más en un centro de cuidados a largo plazo (long-term care, LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF); un centro de enfermería (nursing facility, NF); (SNF/NF); un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF/IID); y/o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados; y/o otros centros aprobados por los CMS que brindan servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de establecimientos mencionados. Un Plan para Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con (o ser dueño y operar) centros de LTC específicos.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Plan institucional equivalente para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP): un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero requieren un nivel de cuidado institucional en base a la evaluación del estado. La evaluación se debe realizar utilizando el mismo nivel estatal respectivo para la herramienta de evaluación de cuidado y debe ser administrado por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro contratado de vida asistida (Assisted Living Facility, ALF), si fuese necesario, para asegurar la prestación uniforme de atención especializada.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como reemplazo de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesitar una receta nueva porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el posible reemplazo automático. El reemplazo automático en la farmacia está sujeto a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte el apartado “Ayuda Adicional”.

Programa de Descuento para Fabricantes: un programa en el que los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Departamento de Salud de Maryland (Medicaid) (o Asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas del Departamento de Salud del Estado de Maryland (Medicaid) varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para el Departamento de Salud de Maryland (Medicaid).

Monto máximo de costos de bolsillo: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de costos de bolsillo. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia del Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este desembolso máximo).

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como el Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano y el Sistema de Información DRUGDEX.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con las normas aceptadas en la práctica médica.

Medicare: programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un período establecido desde el 1 de enero al 31 de marzo cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción del plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindarle al usuario todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) PPO, iii) un plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como servicios oftalmológicos, odontológicos o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y de la Parte B a los beneficiarios de Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, Planes para Necesidades Especiales, programas piloto/de demostración y Programas de Cuidados Integrales para Personas Mayores (PACE).

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Póliza Medigap (Seguro complementario de Medicare): un seguro complementario de Medicare que compañías privadas de seguros venden para cubrir las brechas en Original Medicare. Las pólizas de Medigap funcionan únicamente con Original Medicare. (Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona que tiene Medicare que es elegible para recibir los servicios cubiertos, se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios al Miembro: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con el plan en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan de aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la Organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Producto biológico original: un producto biológico que fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como punto de comparación para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se lo llama producto de referencia.

Original Medicare (Medicare Tradicional o Medicare de Pago por Servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren al pagar montos establecidos por el Congreso a los médicos, hospitales y a otros proveedores de atención médica. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene de las farmacias fuera de red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen ni operan con nuestro plan.

Costos de bolsillo: consulte la definición anterior para “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de “costo de bolsillo”.

Límite de costos de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un plan del Programa de Cuidados Integrales para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios médicos, sociales y servicios y apoyos a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) para personas frágiles, que ayudan a las personas a permanecer independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a un hogar de ancianos) durante el tiempo que sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden ser cubiertos bajo la Parte D. Podríamos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto añadido a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare, si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Si pierde la “Ayuda Adicional”, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de parte de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro generalmente será más elevado cuando se reciben beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual sobre los gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior sobre la suma total de sus costos de bolsillo por servicios tanto de proveedores dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: pago periódico que se hace a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención de salud por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): es el médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Dispositivos protésicos y suministros relacionados: dispositivos médicos, incluyendo, entre otros, soportes para piernas, brazos y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y los dispositivos necesarios para reemplazar una parte del cuerpo o función interna, incluidos los suministros de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): es un grupo de médicos practicantes y otros expertos en el cuidado de la salud, contratados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden estar en el costo del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información sobre beneficios y formularios completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados y específicos del afiliado. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de Servicio: un área geográfica donde debe vivir para afiliarse a un plan de salud particular. Para aquellos planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede consultar, también suele ser el área donde puede obtener sus servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su membresía si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Centro de cuidados de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y cuidados especializados de enfermería que se proporcionan de manera continua y a diario en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera registrada o un médico.

Plan para Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más orientada a grupos específicos de personas, como quienes tienen tanto Medicare como Departamento de Salud de Maryland (Medicaid), quienes residen en un hogar de reposo o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios requeridos con urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, es un servicio requerido con urgencia, ya sea si usted está temporalmente fuera del área del servicio del plan o si no resulta razonable teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red contratados por el plan. Ejemplos de servicios requeridos con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o reparaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias con el proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran necesarias con urgencia aun si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está temporalmente disponible.

Servicios al Miembro de Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP)

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

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-243-3425
TTY	1-800-735-2258 Este número requiere de un equipo telefónico especial y solo es para personas con problemas de audición o de habla.

Método	Información de contacto
ESCRIBA A	Maryland Department of Aging 301 West Preston Street, Suite 1007 Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

Declaración de divulgación de la PRA: *En conformidad con la Ley de la Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, no es requerido que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que indique un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para tal recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

Texto en varios idiomas



Declaración de accesibilidad de idioma

Contamos con servicios gratuitos de interpretación.

English

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-293-5325 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Español (Spanish)

Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al 1-877-293-5325 (teléfono de texto (TTY: 711)). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

繁體中文 (Chinese)

我们有免费的翻译服务，可以回答您对我们的健康或药物计划的任何问题。如需口译服务，请致电1-877-293-5325 (TTY: 711)。我们有会说中文的人可以帮助您。这是一项免费服务。

Tagalog (Filipino)

Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng tagasalin para masagot ang anumang mga katanungan na pwedeng mayroon ka tungkol sa aming planong pangkalusugan o gamot. Para makakuha ng tagasalin, tawagan lamang kami sa 1-877-293-5325 (TTY: 711). Maaari kang matulungan ng isang taong nagsasalita ng Tagalog. Ito ay isang libreng serbisyo.

Français (French)

Nous offrons des services d'interprétation gratuits afin de répondre aux questions que vous pourriez avoir concernant notre régime d'assurance-maladie ou de remboursement des médicaments. Pour bénéficier des services d'un interprète, il vous suffit de nous appeler au 1-877-293-5325 (TTY : 711). Un interlocuteur francophone vous aidera avec plaisir. Ce service est gratuit.

Tiếng Việt (Vietnamese)

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời cho quý vị các thắc mắc về chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc bảo hiểm thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-877-293-5325 (TTY: 711) và một người nói tiếng Việt sẽ hỗ trợ quý vị. Đây là một dịch vụ miễn phí.

German (Deutsch)

Wir bieten Ihnen kostenlos Dolmetscherdienste an, um alle Fragen zu beantworten, die Sie in Bezug auf den Leistungskatalog Ihrer Krankenkasse oder die Übernahme von Arzneimittelkosten haben. Rufen Sie uns einfach an unter [1-877-293-5325 (TTY: 711)]. Ein deutschsprachiger Kollege wird Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.“

한국어 (Korean)

저희는 무료 통역 서비스가 있어 건강이나 약품 플랜에 대해 궁금한 점이 있으시면 언제든지 답변해 드립니다. 통역사를 원하시면 1-877-293-5325 (TTY: 711) 로 전화 주십시오. 한국어를 할 줄 아는 사람이 도와드립니다. 이것은 무료 서비스입니다.

Русский (Russian)

Мы предлагаем бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на любые вопросы по поводу нашего плана здравоохранения или медикаментов. Для того, чтобы получить переводчика, пожалуйста, позвоните по телефону 1-877-293-5325 (телетайп (TTY: 711)). Вам поможет человек, говорящий по-русски. Эта услуга бесплатна.

العربية (Arabic)

لدينا خدمات مجانية للاستعانة بمترجم فوري للإجابة على أي أسئلة قد تراودك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم فوري، يُرجى الاتصال بنا على 1-877-293-5325 (الهاتف النصي: 711). ستلقى المساعدة من شخص يتحدث اللغة العربية. هذه خدمة مجانية.

Italian (Italiano)

Mettiamo gratuitamente a disposizione il servizio di un interprete per rispondere a eventuali domande in merito al nostro piano di assicurazione medica e copertura di farmaci. Per avvalervi dell'assistenza di un interprete, potrete telefonare al numero 1-877-293-5325 (TTY: 711); verrete aiutati da una persona che parla italiano. Il servizio è gratuito.

Português (Portuguese)

Temos serviços gratuitos de intérprete para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para obter um intérprete, ligue para 1-877-293-5325 (TTY: 711). Alguém que fala português poderá ajudar você. Este é um serviço gratuito.

French Creole (Kreyòl Fransè)

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou kapab genyen sou plan sante nou an oswa sou plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, senpleman rele nou nan 1-877-293-5325 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Sa se yon sèvis gratis.

Polish (Polski)

Oferujemy bezpłatne konsultacje z tłumaczem, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub lekowego. W celu kontaktu z tłumaczem, zadzwoń do nas pod numer [1-877-293-5325 (TTY: 711)]. Ktoś, kto mówi po polsku, udzieli Ci pomocy. Jest to usługa bezpłatna.

Hindi (हिन्दी)

हमारी सेहत और दवाई योजना के बारे में आपके मन में उठने वाले हर सवाल का जवाब देने के लिए हम मुफ्त अनुवादक सेवाएं प्रदान करते हैं। अनुवादक की सेवाएं प्राप्त करने के लिए, हमें [1-877-293-5325 (TTY: 711)] पर कॉल करें। कोई हिन्दी भाषी व्यक्ति आपकी मदद करेगा। यह सेवा मुफ्त है।

Japanese (日本語)

弊社では、健康保険・薬剤保険に関するお客様のご質問にお答えすべく、無料の通訳サービスをご用意しております。ご利用に際しては、1-877-293-5325 (TTY: 711) にお電話ください。日本語スタッフがお手伝いいたします。なお、同サービスは、無料です。

Servicio de Atención al Cliente de Johns Hopkins Advantage MD

LLAME AL: 1-877-293-4998

Las llamadas a este número son gratuitas.

Del 1 de octubre al 31 de marzo, de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Los fines de semana y los feriados deberá dejar un mensaje.

Servicios al Miembro también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.

TTY: 711

Las llamadas a este número son gratuitas.

Del 1 de octubre al 31 de marzo, de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

FAX: 1-855-206-9203

ESCRIBA A: Johns Hopkins Advantage MD

P.O. Box 3538

Scranton, PA 18505

www.hopkinsmedicare.com

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP de Maryland) es un programa estatal que recibe dinero del del gobierno federal para brindar asesoría gratuita sobre los seguros médicos locales a los beneficiarios de Medicare.

LLAME AL: 1-410-767-1100 o 1-800-243-3425

TTY: 711

ESCRIBA A: Maryland SHIP

c/o Maryland Department of Aging

301 West Preston Street, Suite 1007

Baltimore, MD 21201

www.aging.maryland.gov/Pages/StateHealthInsuranceProgram.asp

Declaración de divulgación de la PRA

En conformidad con la Ley de la Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, no es requerido que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que indique un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para tal recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.