

Unison Advantage[®]

Nuestra atención empieza con ustedSM.

1.º de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2010

Pennsylvania

Resumen de Beneficios

Unison Advantage[®] Plus Integrated Care (HMO)

H3920_009



Sección I – Introducción al Resumen de Beneficios

Gracias por su interés en Unison Advantage® Plus Integrated Care (HMO). Nuestro plan es ofrecido por UNISON HEALTH PLAN OF PENNSYLVANIA, INC./Unison Advantage,® un plan para necesidades especiales de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare Advantage. Este plan está dirigido a personas que cumplan con criterios específicos para la inscripción.

Usted puede ser elegible para afiliarse a este plan si recibe ayuda del estado y de Medicare.

Toda participación en los costos de este Resumen de Beneficios se calcula en función de su elegibilidad para Medicaid.

Comuníquese con Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO) para saber si usted es elegible para afiliarse. Nuestro número se encuentra al final de esta introducción.

Este Resumen de Beneficios le informa acerca de algunas características de nuestro plan. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener un listado completo de nuestros beneficios, comuníquese con Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO) y solicite la “Evidencia de Cobertura”.

Usted cuenta con opciones en su atención médica

Como beneficiario de Medicare, usted puede elegir entre diferentes opciones de Medicare. Una opción es el plan Original Medicare (pago por servicio). Otra opción es un plan de salud de Medicare, como Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO). Usted también podrá tener otras opciones. Usted es quien decide. Cualquiera que sea su decisión, usted continúa en el programa Medicare.

Si usted es elegible a la vez para Medicare y para Medicaid (doble elegibilidad), puede afiliarse o darse de baja de un plan en cualquier momento.

Para más información, comuníquese con Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO) al número que figura al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Puede comunicarse las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Cómo puedo comparar mis opciones?

Mediante este Resumen de Beneficios usted puede comparar Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO) con el plan Original Medicare. Los cuadros en este folleto enumeran algunos de los beneficios más importantes para la salud. Para cada beneficio, usted puede consultar lo que cubre nuestro plan y lo que cubre el plan Original Medicare.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. También ofrecemos más beneficios que pueden cambiar cada año.

¿Dónde se encuentra disponible Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)?

El área de servicio para este plan incluye: los condados de Adams, Allegheny, Armstrong, Beaver, Berks, Blair, Butler, Cambria, Clarion, Cumberland, Dauphin, Erie, Fayette, Greene, Indiana,

Jefferson, Lackawanna, Lancaster, Lawrence, Lehigh, Luzerne, Mercer, Northampton, Perry, Schuylkill, Somerset, Washington, Westmoreland, York, Bedford, Venango y Warren, PA. Usted debe vivir en alguna de estas áreas para afiliarse al plan.

¿Quién es elegible para afiliarse a Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)?

Usted puede afiliarse a Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO) si tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare, y si vive dentro del área de servicio. Sin embargo, las personas con enfermedad renal en etapa terminal por lo general no son elegibles para inscribirse en Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO) a menos que ya sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde que empezó su diálisis.

Para afiliarse a este plan, usted también debe estar inscrito en Medicaid Pennsylvania.

Comuníquese con el plan para saber si es elegible para afiliarse.

¿Puedo elegir mis médicos?

Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO) ha conformado una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted sólo puede visitar médicos que formen parte de nuestra red. Los proveedores de atención médica de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Puede solicitar un Directorio de Proveedores vigente para obtener un listado actualizado o visitarnos en www.unisonhealthplan.com.

Nuestro número de Servicio al Cliente se encuentra al final de esta introducción.

¿Qué sucede si voy a un médico que no está en la red?

Si decide ir a un médico fuera de nuestra red, deberá pagar usted mismo por estos servicios. Ni Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO) ni el plan Original Medicare pagarán por ellos.

¿Mi plan cubre los medicamentos de la Parte B o Parte D de Medicare?

Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO) cubre los medicamentos recetados tanto de la Parte B como de la Parte D de Medicare.

¿Dónde puedo obtener mis medicamentos recetados si me afilio a este plan?

Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO) ha conformado una red de farmacias. Para recibir los beneficios del plan debe utilizar una farmacia de la red. Es posible que no paguemos sus medicamentos recetados si los compra en una farmacia fuera de la red, con excepción de ciertos casos. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede solicitar un directorio de farmacias o visitarnos en www.unisonhealthplan.com. Nuestro número de Servicio al Cliente se encuentra al final de esta introducción.

¿Qué es un recetario de medicamentos recetados?

Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO) utiliza un recetario. Un recetario es un listado de medicamentos cubiertos por nuestro plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. Periódicamente podemos agregar, eliminar o modificar las limitaciones de la cobertura sobre

ciertos medicamentos, o modificar lo que usted paga por un medicamento. Si realizamos cualquier cambio al recetario que limite la capacidad de nuestros miembros para obtener sus medicamentos recetados, notificaremos previamente el cambio realizado a los inscritos afectados. Le enviaremos un recetario y también puede consultar el recetario completo en nuestra página Web en www.unisonhealthplan.com.

Si actualmente está tomando un medicamento que no se encuentra en nuestro recetario o está sujeto a requisitos o límites adicionales, puede recibir un suministro temporal del medicamento. Usted puede comunicarse con nosotros para solicitar, con la ayuda de su médico, una excepción o un cambio a un medicamento alternativo que figure en nuestro recetario. Comuníquese con nosotros para averiguar si puede obtener un suministro temporal del medicamento o para más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿Cómo puedo obtener ayuda adicional con los costos de mi plan de medicamentos recetados?

Puede obtener ayuda adicional para pagar los costos y primas de los medicamentos recetados. Para saber si califica para obtener ayuda adicional, comuníquese:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana,
- Con la administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 o
- Con su Oficina Estatal de Medicaid.

¿Cuáles son mis protecciones en este plan?

Todos los planes Medicare Advantage se comprometen a permanecer en el programa durante el año completo. Cada año, los planes deciden si continúan durante un año más. Incluso si un plan Medicare Advantage abandona el programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar, debe enviarle una carta al menos 60 días antes de que finalice su cobertura. La carta le explicará sus opciones para la cobertura de Medicare en su área.

Como miembro de Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO), usted tiene derecho a solicitar una determinación de la organización, que incluye el derecho a apelar en caso de que deneguemos la cobertura de un artículo o servicio, y el derecho a presentar una queja. Usted tiene derecho a solicitar una determinación de la organización si desea que brindemos o paguemos por un artículo o servicio que usted cree que debería estar cubierto. Si denegamos la cobertura del artículo o servicio que usted solicitó, usted tiene derecho a apelar y a pedirnos que revisemos nuestra decisión. Puede pedirnos una determinación expedita (rápida) de cobertura o apelar si cree que esperar una decisión puede poner seriamente en peligro su vida o su salud, o afectar su capacidad para recuperar completamente sus funciones. Si su médico hace o respalda la solicitud expedita, tenemos que decidir de manera expedita. Por último, usted tiene derecho a presentarnos una queja si tiene cualquier tipo de problema con nosotros o con uno de los proveedores de nuestra red y que no esté relacionado con la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema tiene que ver con la calidad de la atención, usted también tiene derecho a presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) de su estado, Quality Insights of Pennsylvania, al 1-800-322-1914.

Como miembro de Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO), usted tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura, que incluye el derecho a solicitar una excepción, el derecho a apelar en caso de que deneguemos la cobertura de un medicamento recetado, y el derecho a presentar una queja. Usted tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura, si desea que cubramos un medicamento de la Parte D que usted cree que debería estar cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Puede solicitarnos una excepción si cree que necesita un medicamento que no figura en nuestro listado de medicamentos cubiertos o si cree que debería recibir un medicamento no preferencial por un gasto de bolsillo menor. También puede solicitar una excepción a las reglas de utilización de costos, como un límite en la cantidad de un medicamento. Si cree que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de intentar obtener un medicamento recetado en una farmacia. Su médico debe proporcionar una declaración que respalde su solicitud de excepción. Si denegamos la cobertura de su(s) medicamento(s) recetado(s), tiene derecho a apelar y a solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión. Por último, usted tiene derecho a presentar una queja si tiene cualquier tipo de problema con nosotros o con una de nuestras farmacias de la red y que no esté relacionado con la cobertura de un medicamento recetado. Si su problema tiene que ver con calidad de la atención, usted también tiene derecho a presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) de su estado Quality Insights of Pennsylvania, al 1-800-322-1914.

¿Qué es un programa de gestión de terapia con medicamentos (MTM)?

Un programa de gestión de terapia con medicamentos (MTM) es un servicio gratuito que podemos ofrecerle. Usted puede ser invitado a participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas de salud y farmacéuticas. Puede decidir no participar pero se recomienda que aproveche al máximo este servicio cubierto si usted es seleccionado. Para más detalles, comuníquese con Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO).

¿Qué tipos de medicamentos pueden estar cubiertos bajo la Parte B de Medicare?

Algunos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios pueden estar cubiertos bajo la Parte B de Medicare. Estos podrían incluir, sin limitarse a ellos, los siguientes tipos de medicamentos. Para más detalles comuníquese con Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO).

- Algunos antígenos: Si son preparados por un médico y administrados por una persona capacitada (puede ser el mismo paciente) bajo supervisión médica.
- Medicamentos para osteoporosis: Medicamentos inyectables para osteoporosis para ciertas mujeres con Medicare.
- Eritropoyetina (Epoetina Alfa o Epogen®): Inyectada si padece una enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de coagulación de hemofilia: Factores de coagulación autoadministrados si sufre de hemofilia.
- Medicamentos inyectables: La mayoría de medicamentos inyectables requieren los servicios de un médico.

- Medicamentos inmunosupresivos: Terapia con medicamentos inmunosupresivos para pacientes con trasplantes si el trasplante fue pagado por Medicare, o por un seguro privado que fue el pagador principal de su cobertura de la Parte A de Medicare, en un centro certificado por Medicare.
- Algunos medicamentos orales para el cáncer: Si el mismo medicamento está disponible de manera inyectable.
- Medicamentos orales contra las náuseas: Si es parte de un tratamiento contra el cáncer con quimioterapia.
- Medicamentos inhalados y por infusión proporcionados a través de equipos médicos durables (DME).

Calificaciones del plan

El programa de Medicare califica el buen desempeño de los planes en diferentes categorías (por ejemplo, en la detección y prevención de enfermedades, calificaciones atribuidas por pacientes y el Servicio al Cliente). Si tiene acceso a Internet, puede utilizar las herramientas de Internet en www.medicare.gov y seleccionar “Comparar planes de medicamentos recetados de Medicare” (Compare Medicare Prescription Drug Plans) o “Comparar planes de salud y pólizas Medigap en su área” (Compare Health Plans and Medigap Policies in Your Area) para comparar las calificaciones de los planes de Medicare en su área. Puede llamarnos directamente al 1-888-727-8604 para obtener una copia de las calificaciones para este plan. Los usuarios TTY pueden llamar al 711.

Comuníquese con Unison Advantage® para más información sobre **Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)**.



Visítenos en **www.unisonhealthplan.com** o, llámenos:

Horario de Servicio al Cliente:

Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes y sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.



Los **miembros existentes** deben llamar al 1-800-290-4009 (llamada gratuita) para preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage y con el programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.



TTY/TDD: 711



Los **futuros miembros** deben llamar al 1-888-727-8604 (llamada gratuita) para preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage y con el programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.



TTY/TDD: 711



Para más información sobre **Medicare**, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O visítenos en Internet en www.medicare.gov.

Si tiene necesidades especiales, este documento puede encontrarse disponible en otros formatos.

Sección II - Resumen de Beneficios

Si tiene preguntas sobre los costos o beneficios de este plan, comuníquese con Unison Advantage® para más detalles.

Beneficio	Original Medicare	Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)
Información importante		
① Prima y otra información importante	<p>Para 2010 la prima mensual de la Parte B es de \$0. El deducible anual de la Parte B es de \$0.</p> <p>Si un médico o proveedor elige no aceptar la asignación, sus costos generalmente son más elevados, lo que significa que usted paga más.</p>	<p>En general</p> <p>Prima mensual del plan de \$32.10.*</p> <p>*Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>
② Elección de médico y hospital (Para más información, consulte Emergencia - N° 15 y Atención médica urgente - N° 16)	<p>Puede visitar a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Debe ir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>No se requiere remisión para ir a hospitales, médicos y especialistas de la red.</p>
Atención para pacientes internados		
③ Atención hospitalaria para pacientes internados (incluye servicios para abuso de sustancias y de rehabilitación)	<p>Para cada período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días 1-60: deducible de \$0.* ▪ Días 61-90: \$0 diarios.* ▪ Días 91-150: \$0 para cada día de reserva de por vida.* <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información sobre los días de reserva de por vida.</p> <p>Los días de reserva de por vida se pueden utilizar una sola vez.</p> <p>Un “período de beneficios” comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando hayan pasado 60 días seguidos sin que usted reciba atención hospitalaria o cuidado de enfermería especializada.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se le cobrarán costos compartidos adicionales por servicios profesionales.</p> <p>Deducible anual de \$0.*</p> <p>Copago de \$0.*</p> <p>El plan cubre 90 días por cada período de beneficios.</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico tiene que informarle al plan que usted va a ser admitido en un hospital.</p>

* Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Original Medicare	Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)
-----------	-------------------	---

Atención para pacientes internados (continuación)

	<p>Si ingresa al hospital después de la finalización de un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p>	
<p>④ Atención de salud mental para pacientes internados</p>	<p>Mismo deducible y copago que en la atención hospitalaria para pacientes internados (consulte arriba “Atención hospitalaria para pacientes internados”).</p> <p>Límite de 190 días de por vida en un hospital psiquiátrico.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Mismo deducible y copago que por la atención hospitalaria para pacientes internados (consulte “Atención hospitalaria para pacientes internados”).</p> <p>Deducible anual de \$0.*</p> <p>Copago de \$0.*</p> <p>Usted dispone de un máximo de 190 días en un hospital psiquiátrico de por vida.</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico tiene que informarle al plan que usted va a ser admitido en un hospital.</p>
<p>⑤ Centro de enfermería especializada (SNF) (en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)</p>	<p>En 2010 los montos para cada período de beneficios, después de una estadía en un hospital cubierta de al menos 3 días, son de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Días 1-20: \$0 diarios.* ▪ Días 21-100: \$0 diarios.* <p>100 días para cada período de beneficios.</p> <p>Un “período de beneficios” comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando hayan pasado 60 días seguidos sin que usted reciba atención hospitalaria o cuidado de enfermería especializada.</p>	<p>En general</p> <p>Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>Deducible anual de \$0.*</p> <p>Copago de \$0 para servicios en un SNF.*</p> <p>No se le cobrarán costos compartidos adicionales por servicios profesionales.</p> <p>El plan cubre máximo 100 días por cada período de beneficios.</p> <p>Se requiere una estadía previa de 3 días en un hospital.</p>

* Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Original Medicare	Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)
-----------	-------------------	---

Atención para pacientes internados (continuación)

	Si ingresa al hospital después de la finalización de un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.	
6 Atención médica domiciliaria (incluye atención de enfermería especializada intermitente, servicios de ayuda médica domiciliaria y servicios de rehabilitación médicamente necesarios, etc.)	Copago de \$0.	En general Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para visitas de atención médica domiciliaria cubiertas por Medicare.*
7 Hospicio	Usted paga parte del costo de los medicamentos para pacientes ambulatorios. Debe recibir atención en un hospicio certificado por Medicare.	En general Debe recibir atención en un hospicio certificado por Medicare.

Atención para pacientes ambulatorios

8 Visitas al consultorio médico	Coseguro del 0%.	Dentro de la red Copago de \$0 para cada visita al médico de atención primaria para recibir beneficios cubiertos por Medicare.* Copago de \$0 para el costo de cada visita de atención médica urgente cubierta por Medicare dentro de la red y dentro del área.* Copago de \$0 para cada visita a un médico especialista para recibir beneficios cubiertos por Medicare.*
--	------------------	---

* Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Original Medicare	Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)
Atención para pacientes ambulatorios (continuación)		
9 Servicios de quiropráctica	<p>No hay cobertura para atención de rutina.</p> <p>Coseguro del 0% para manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones (desplazamientos o desviaciones de articulaciones o partes del cuerpo) practicada por un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>	<p>En general Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para visitas a un quiropráctico cubiertas por Medicare.*</p> <p>Las visitas a quiroprácticos cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones (desplazamientos o desviaciones de articulaciones o partes del cuerpo) practicada por un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>
10 Servicios de podología	<p>No hay cobertura para atención de rutina.</p> <p>Coseguro del 0% para el cuidado médicamente necesario de los pies, incluyendo la atención de las afecciones médicas que afectan a los miembros inferiores.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para beneficios de podología cubiertos por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0, máximo 4 visitas de rutina cada año.</p> <p>Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.</p>
11 Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	<p>Coseguro del 0% para la mayoría de servicios de atención de salud mental para pacientes ambulatorios.</p>	<p>En general Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para visitas de salud mental cubiertas por Medicare.*</p> <p>Copago de \$0 para cada visita a un siquiatra cubierta por Medicare.*</p>
12 Atención ambulatoria por abuso de sustancias	<p>Coseguro del 0%.</p>	<p>En general Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para visitas cubiertas por Medicare.*</p>

* Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Original Medicare	Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)
Atención para pacientes ambulatorios (continuación)		
13 Cirugía/servicios ambulatorios	Coseguro del 0% para el médico. 0% de los costos del centro ambulatorio.	En general Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para cada visita cubierta por Medicare a un centro de cirugía ambulatoria.* Copago de \$0 para cada visita cubierta por Medicare a un centro hospitalario ambulatorio.*
14 Servicios de ambulancia (servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Coseguro del 0%.	En general Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.*
15 Atención de emergencia (Puede dirigirse a cualquier sala de emergencias si cree razonablemente que necesita atención de emergencia)	Coseguro del 0% para el médico. 0% de los costos del centro o 0% por cada visita a la sala de emergencias. Usted no paga el copago para la sala de emergencias si ingresa al hospital por la misma afección dentro de los 3 días de la visita a la sala de emergencias. NO hay cobertura fuera de los EE.UU. excepto en circunstancias limitadas.	En general Copago de \$0 para visitas a sala de emergencias cubiertas por Medicare.* Cobertura mundial. Si ingresa al hospital por la misma afección dentro de las 24 horas, usted paga \$0 para la visita a la sala de emergencias.
16 Atención médica urgente (Esto NO es atención de emergencia y en la mayoría de los casos está fuera del área de servicio)	Coseguro del 0%. NO hay cobertura fuera de los EE.UU. excepto en circunstancias limitadas.	En general Copago de \$0 para visitas de atención médica urgente cubiertas por Medicare.* Si es admitido al hospital por la misma afección dentro de las 24 horas, \$0 por la visita de atención médica urgente.

* Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Original Medicare	Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)
Atención para pacientes ambulatorios (continuación)		
17 Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje)	Coseguro del 0%.	En general Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.* Copago de \$0 para visitas de fisioterapia y/o de terapia del habla/lenguaje cubiertas por Medicare.*
Servicios médicos y suministros para pacientes ambulatorios		
18 Equipo médico durable (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Coseguro del 0%.	En general Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para artículos cubiertos por Medicare.*
19 Dispositivos protésicos (incluye aparatos ortopédicos, prótesis ortopédicas y oculares, etc.)	Coseguro del 0%.	En general Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para artículos cubiertos por Medicare.*
20 Capacitación para el autocontrol de diabetes, terapia de nutrición, y suministros (incluye cobertura para monitores de glucosa, tiras reactivas, lancetas, exámenes de control y capacitación para la autoadministración)	Coseguro del 0%. La terapia de nutrición es para aquellas personas que padecen diabetes o enfermedad renal (pero que no reciben diálisis o no han recibido trasplante de riñón) cuando cuenten con la remisión del médico. Estos servicios se pueden brindar a través de un dietista registrado o pueden incluir una evaluación y asesoramiento nutricional para ayudarle a controlar su diabetes o enfermedad renal.	En general Pueden aplicar reglas de autorización. Dentro de la red Copago de \$0 para capacitación para el autocontrol de diabetes.* Copago de \$0 para terapia de nutrición para diabetes.* Copago de \$0 para suministros para diabetes.*

* Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Original Medicare	Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)
-----------	-------------------	---

Servicios médicos y suministros para pacientes ambulatorios (continuación)

<p>21 Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</p>	<p>Coseguro del 0% para pruebas de diagnóstico y radiografías.</p> <p>Copago de \$0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios de laboratorio de diagnóstico médicamente necesarios que sean ordenados por su médico tratante, cuando los provee un laboratorio certificado de CLIA (Clinical Laboratory Improvement Amendments) que participe en Medicare. Los servicios de laboratorio de diagnóstico se realizan para ayudar a su médico a diagnosticar o a descartar una enfermedad o afección que se sospeche. Medicare no cubre la mayor parte de los exámenes rutinarios de control, como el chequeo de su colesterol.</p>	<p>En general Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para lo siguiente cubierto por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de laboratorio.* ▪ Pruebas y procedimientos de diagnóstico.* ▪ Radiografías.* ▪ Servicios de radiología de diagnóstico (sin incluir radiografías).* ▪ Servicios de radiología terapéutica.*
---	--	---

Servicios preventivos

<p>22 Medición de la masa ósea (para las personas con Medicare que están en riesgo)</p>	<p>Coseguro del 0%.</p> <p>Cobertura una vez cada 24 meses (más frecuente si es médicamente necesario) si usted reúne ciertas condiciones médicas.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para medición de la masa ósea cubierta por Medicare.*</p>
<p>23 Exámenes de control colorrectal (para las personas con Medicare que tienen 50 años o más)</p>	<p>Coseguro del 0%.</p> <p>Cubierto si usted se encuentra en alto riesgo, o cuando usted tiene 50 años o más.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para exámenes de control colorrectal cubiertos por Medicare.*</p>

* Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Original Medicare	Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)
Servicios preventivos (continuación)		
<p>24 Vacunas (Vacuna contra la gripe, vacuna contra la Hepatitis B, para personas con Medicare que están en riesgo, vacuna contra la neumonía)</p>	<p>Copago de \$0 para las vacunas contra la neumonía y la gripe.</p> <p>Coseguro del 0% para la vacuna contra la Hepatitis B.</p> <p>Es probable que sólo necesite la vacuna contra la neumonía una vez en su vida. Comuníquese con su médico para más detalles.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para las vacunas contra la neumonía y la gripe.</p> <p>Copago de \$0 para la vacuna contra la Hepatitis B.*</p> <p>No se necesita remisión para las vacunas contra la gripe y la neumonía.</p> <p>No se necesita remisión para otras vacunas.</p>
<p>25 Mamografías (control anual) (para mujeres con Medicare que tienen 40 años o más)</p>	<p>Coseguro del 0%.</p> <p>No se necesita remisión.</p> <p>Cobertura una vez cada año para todas las mujeres con Medicare que tienen 40 años o más. Cobertura de una mamografía de referencia para mujeres con Medicare que tienen entre 35 y 39 años.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para mamografías de control cubiertas por Medicare.*</p>
<p>26 Papanicolau y exámenes pélvicos (para mujeres con Medicare)</p>	<p>Copago de \$0 para Papanicolau.</p> <p>Cobertura una vez cada 2 años. Cobertura una vez cada año para mujeres en alto riesgo con Medicare.</p> <p>Coseguro del 0% para exámenes pélvicos.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para Papanicolau y exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.*</p>
<p>27 Exámenes de control de cáncer de próstata (para hombres con Medicare que tienen 50 años o más)</p>	<p>Coseguro del 0% para el examen rectal digital.</p> <p>\$0 para el examen de control de próstata (PSA); coseguro del 0% para otros servicios relacionados.</p> <p>Cobertura una vez cada año para hombres con Medicare que tienen 50 años o más.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen de control de cáncer de próstata cubierto por Medicare.*

* Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Original Medicare	Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)
Servicios preventivos (continuación)		
<p>28 Enfermedad renal en etapa terminal</p>	<p>Coseguro del 0% para diálisis renal.</p> <p>Coseguro del 0% para terapia de nutrición para enfermedad renal en etapa terminal.</p> <p>La terapia de nutrición es para aquellas personas que padecen diabetes o enfermedad renal (pero que no reciben diálisis o no han recibido trasplante de riñón) cuando cuenten con la remisión del médico. Estos servicios se pueden brindar a través de un dietista registrado o pueden incluir evaluación y asesoramiento nutricional para ayudarlo a controlar su diabetes o enfermedad renal.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 para diálisis renal.*</p> <p>Copago de \$0 para terapia de nutrición para enfermedad renal en etapa terminal.*</p>
<p>29 Medicamentos recetados</p>	<p>La mayoría de los medicamentos no están cubiertos bajo Original Medicare. Usted puede agregar cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare afiliándose a un plan de medicamentos recetados de Medicare, o recibir toda su cobertura de Medicare, incluso la cobertura por medicamentos recetados, afiliándose a un plan Medicare Advantage o Medicare Cost que cuente con cobertura de medicamentos recetados.</p>	<p>Medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare</p> <p>En general</p> <p>Un deducible anual de \$0 para medicamentos cubiertos por la Parte B.*</p> <p>Medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare</p> <p>En general</p> <p>Este plan utiliza un recetario. El plan le enviará un recetario. También puede consultar el recetario en Internet en www.unisonhealthplan.com.</p> <p>Pueden aplicar distintos gastos de bolsillo para las personas que</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tengan ingresos limitados, ▪ Vivan en centros de atención médica prolongada, o ▪ Tengan acceso a establecimientos Indios/Tribales/Urbanos (Servicio de Salud para Indios).

* Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Original Medicare	Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)
Servicios preventivos (continuación)		
		<p>El plan ofrece cobertura de medicamentos recetados a nivel nacional dentro de la red (es decir, incluye 50 estados y DC). Esto significa que usted pagará el mismo monto de costos compartidos por sus medicamentos recetados si los obtiene en una farmacia dentro de la red pero situada fuera del área de servicio del plan (por ejemplo cuando viaja).</p> <p>Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados por usted, por el plan y por Medicare.</p> <p>El plan puede requerir que usted pruebe primero un medicamento para tratar su afección antes de cubrir otro medicamento para esa misma afección.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener una autorización previa de Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO) para ciertos medicamentos.</p> <p>El plan pagará ciertos medicamentos de venta libre como parte de su programa para la gestión de la utilización. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Comuníquese con el plan para obtener detalles.</p> <p>Existe una cantidad muy limitada de medicamentos que usted sólo puede obtener en determinadas farmacias, debido al manejo especial, a la coordinación de proveedores o a los</p>

* Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Original Medicare	Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)
Servicios preventivos (continuación)		
		<p>requisitos de educación al paciente que imponen estos medicamentos y que no pueden cumplir la mayoría de las farmacias en su red. Estos medicamentos están enumerados en el material impreso, en el recetario y en la página Web del plan, así como en el buscador del plan de medicamentos recetados de Medicare en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real de un medicamento es menor que el monto habitual de costos compartidos por ese medicamento, usted paga el costo real y no el monto más elevado de costos compartidos.</p>
Dentro de la red		Usted paga un deducible anual de \$0.
Cobertura inicial		<p>Según sus ingresos y su estatus institucional, usted debe pagar lo siguiente:</p> <p>Por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca que se consideran genéricos), ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un copago de \$0, o ▪ Un copago de \$1.10, o ▪ Un copago de \$2.50. <p>Por los demás medicamentos, ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un copago de \$0, o ▪ Un copago de \$3.30, o ▪ Un copago de \$6.30.
Farmacias minoristas		<p>Usted puede conseguir los medicamentos de la(s) siguiente(s) manera(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suministro de un mes (31 días). ▪ Suministro de tres meses (90 días).

* Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Original Medicare	Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)
Servicios preventivos (continuación)		
Farmacias para cuidados prolongados		<p>Usted puede conseguir los medicamentos de la(s) siguiente(s) manera(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suministro de un mes (31 días).
Pedido por correo		<p>Usted puede conseguir los medicamentos de la(s) siguiente(s) manera(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suministro de tres meses (90 días).
Cobertura catastrófica		<p>Cuando sus gastos de bolsillo anuales en medicamentos alcancen los \$4,550, usted paga un copago de \$0.</p>
Fuera de la red		<p>Los medicamentos del plan pueden ser cubiertos en circunstancias especiales, incluidos los casos de enfermedad durante un viaje fuera del área de servicio del plan donde no exista una farmacia de la red. Es posible que incurra en gastos más elevados a sus costos compartidos normales por los medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red. Además, es probable que deba pagar el costo total del medicamento a la farmacia y presentar la documentación para recibir el reembolso por parte de Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO).</p> <p>Usted puede conseguir los medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suministro de un mes (31 días).

* Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Original Medicare	Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)
Servicios preventivos (continuación)		
Cobertura inicial fuera de la red		<p>Según sus ingresos y su estatus institucional, Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO) le reembolsará el costo total del medicamento menos lo siguiente:</p> <p>Por medicamentos genéricos adquiridos fuera de la red (incluidos medicamentos de marca que se consideran genéricos), ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un copago de \$0, o ▪ Un copago de \$1.10, o ▪ Un copago de \$2.50. <p>Por todos los demás medicamentos adquiridos fuera de la red, ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un copago de \$0, o ▪ Un copago de \$3.30, o ▪ Un copago de \$6.30.
Cobertura catastrófica fuera de la red		<p>Una vez que sus gastos de bolsillo anuales de medicamentos alcancen los \$4,550, usted recibirá el reembolso total de los medicamentos adquiridos fuera de la red.</p>
30 Servicios de odontología	<p>No hay cobertura para servicios preventivos de odontología (por ejemplo limpieza).</p>	<p>En general Pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red Copago de \$0 para beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.*</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 para examen(es) bucal(es), máximo 1 cada seis meses. ▪ Copago de \$0 para limpieza(s), máximo 1 cada seis meses. ▪ Copago de \$0 para visita(s) de radiografía(s) dental(es), máximo 1. <p>El plan ofrece beneficios odontológicos integrales adicionales.</p>

* Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Original Medicare	Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)
Servicios preventivos (continuación)		
31 Servicios de audición	<p>No hay cobertura para exámenes de audición de rutina y ayudas auditivas.</p> <p>Coseguro del 0% para exámenes de diagnóstico de audición.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 para exámenes de diagnóstico de audición cubiertos por Medicare.*</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Copago de \$0 para prueba(s) de audición de rutina, máximo 1 cada año. ▪ Copago de \$0 para ayuda(s) auditiva(s), máximo 1 cada dos años. <p>Límite de \$750 para ayudas auditivas cada dos años.</p>
32 Servicios de oftalmología	<p>Coseguro del 0% para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones del ojo.</p> <p>No hay cobertura para los exámenes oculares de rutina ni para anteojos.</p> <p>Medicare paga por un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Las personas que están en riesgo tienen cobertura para controles anuales de glaucoma.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones del ojo.*</p> <p>Copago de \$0 para</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.* ▪ Copago de \$0 para examen(es) ocular(es) de rutina, máximo 1 cada año. ▪ Copago de \$0 para par(es) de lentes de contacto, máximo 1 cada dos años. ▪ Copago de \$0 para par(es) de lentes, máximo 1 cada dos años. ▪ Copago de \$0 para montura(s), máximo 1 cada dos años. <p>Límite de \$150 para artículos ópticos cada dos años.</p>

* Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Beneficio	Original Medicare	Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO)
Servicios preventivos (continuación)		
33 Exámenes físicos	<p>Coseguro del 0% para un examen dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B de Medicare.</p> <p>Cuando usted adquiere la Parte B de Medicare puede obtener un sólo examen físico dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B. La cobertura no incluye exámenes de laboratorio.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Cuando usted adquiere la Parte B de Medicare, puede obtener un sólo examen físico dentro de los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B. La cobertura no incluye exámenes de laboratorio.</p> <p>Los exámenes de rutina no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$0 para beneficios cubiertos por Medicare.*</p>
Educación para la salud/el bienestar	<p>Programa para dejar de fumar: Cubierto si es solicitado por su médico. Incluye dos sesiones de asesoramiento dentro de un período de 12 meses en caso de que le fuese diagnosticada una enfermedad relacionada con el hábito de fumar o si está tomando medicamentos que pueden ser afectados por el tabaco. Cada sesión de asesoramiento incluye un máximo de cuatro visitas en persona. Usted deberá pagar un coseguro y se aplicará el deducible de la Parte B.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre los siguientes beneficios de educación para la salud/el bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Material educativo escrito sobre salud, que incluye boletines informativos. ▪ Otros beneficios para el bienestar. <p>Copago de \$0 para cada sesión de asesoramiento para dejar de fumar cubierta por Medicare.*</p>
Transporte (de rutina)	<p>No hay cobertura.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$0 para viaje(s) de ida o vuelta a una ubicación aprobada por el plan, máximo 24 viajes cada año.</p>
Acupuntura	<p>No hay cobertura.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Este plan no cubre la acupuntura.</p>

* Toda participación en los costos mencionada en este Resumen de Beneficios está basada en su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Sección III - Información Adicional sobre Beneficios

Más beneficios para ayudarle a mantener su buena salud

Productos personales para el cuidado de la salud

Se le otorga una prestación de máximo \$90 trimestrales para artículos no recetados relacionados con la salud que usted adquiera a través de un catálogo de proveedores aprobados por el plan. El catálogo puede incluir artículos tales como vitaminas, Ben-Gay, desodorantes, lociones para la piel, balanzas digitales, almohadones para sillas, artículos de ayuda para la ducha y el baño, y otros artículos.

Transporte

¿Necesita ir al consultorio de su médico o ir por sus medicamentos recetados? Su membresía a Unison Advantage Plus Integrated Care (HMO) le brinda hasta 24 viajes de ida o vuelta cada año. Todo lo que tiene que hacer es llamar a su Especialista de Atención Personal, quien lo coordinará todo por usted. Sus 24 viajes de ida o vuelta a ubicaciones aprobadas por el plan le costarán \$0.

Odontología Integral

Unison Advantage Plus (HMO)

Copago de \$0 para servicios preventivos incluyendo:

- Un examen bucal cada seis meses.
- Una limpieza cada seis meses.
- Una radiografía dental cada seis meses.

Copago de \$0 para servicios integrales cubiertos por Medicare.

Copago de \$0 para servicios adicionales integrales incluyendo dentaduras postizas, servicios de emergencia, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, extracciones y más.

Proceso de Apelaciones y Quejas de Miembros

Los miembros de nuestros planes de salud Medicare Advantage tienen derecho a solicitar una determinación de la organización incluyendo el derecho a presentar una apelación y el derecho a presentar una queja. Las organizaciones del plan de salud Medicare Advantage deben identificar, hacer seguimiento, resolver e informar sobre toda actividad relacionada con una apelación o queja.

Apelaciones de miembros de Medicare Advantage

¿Qué es una apelación?

Una apelación es un tipo de solicitud que usted realiza cuando desea que reconsideremos una decisión con respecto a la cobertura de un servicio o al monto que su plan de salud paga o pagará por un servicio. La decisión inicial sobre la atención o los servicios médicos se denomina “determinación de la organización”.

¿Cuándo se puede presentar una apelación?

Usted puede presentar una apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de la determinación de la organización inicial. El límite de 60 días podrá extenderse por razones justificadas. Incluya en su solicitud por escrito la razón por la cual no pudo hacer la presentación dentro del tiempo establecido de 60 días.

¿Quién puede presentar una apelación?

Puede presentar una apelación usted mismo u otra persona puede presentar la apelación en su nombre. Usted debe designar a esa persona para que actúe como su representante y presente la apelación en su lugar. Para saber cómo designar a un representante, comuníquese con el Servicio al Cliente.

¿Cómo se puede presentar una apelación?

Una apelación se debe presentar por escrito directamente a nosotros. Puede comunicarse con el Servicio al Cliente para información adicional. Consulte la Sección I del Resumen de Beneficios para conocer la dirección y el número de teléfono del Servicio al Cliente.

Revisiones rápidas

Usted tiene derecho a solicitar y obtener decisiones rápidas relacionadas con su tratamiento médico en situaciones “sensibles al factor tiempo”. Una situación es sensible al factor tiempo cuando esperar una decisión en el marco de tiempo estándar pondría en grave peligro su salud o su capacidad para funcionar. Si su médico declara oralmente o por escrito que respalda su necesidad de una revisión rápida, le daremos automáticamente una revisión rápida. Una decisión será tomada lo más pronto posible y, en todo caso, antes de 72 horas de haber recibido la solicitud.

Quejas de miembros de Medicare Advantage

¿Qué es una queja?

Una queja es un tipo de reclamación que no está relacionada con la cobertura de un artículo o servicio por parte de su plan de salud o de un proveedor médico contratado. Si su queja tiene que ver con la calidad de la atención, usted también tiene derecho a presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) de su estado. Consulte la Sección I del Resumen de Beneficios para la dirección y el número de teléfono de la QIO de su estado.

¿Cuándo se puede presentar una queja?

Usted puede presentar una queja dentro de 60 días calendario a partir de la fecha de la circunstancia que dio origen a la queja. El límite de 60 días podrá extenderse por razones justificadas. Incluya en su solicitud por

escrito la razón por la cual no pudo hacer la presentación dentro del tiempo establecido de 60 días. No hay límite de tiempo para la presentación de quejas con respecto a la calidad de la atención.

¿Quién puede presentar una queja?

Puede presentar una queja usted mismo u otra persona puede presentar una queja en su nombre. Usted debe designar a esa persona para que actúe como su representante y presente la queja en su lugar. Para saber cómo designar a un representante, comuníquese con el Servicio al Cliente.

¿Cómo se puede presentar una queja?

Una queja se puede presentar por escrito o verbalmente comunicándose con el Servicio al Cliente. Consulte la sección I del Resumen de Beneficios para la dirección y el número de teléfono del Servicio al Cliente.

Quejas rápidas

Usted tiene derecho a presentar una queja rápida. Responderemos a su queja rápida dentro de las 24 horas de la recepción de ésta. Puede presentar una queja rápida si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar su solicitud de una revisión rápida. También puede presentar una queja rápida si le notificamos que estamos extendiendo los límites de tiempo para tomar una determinación de la organización o una reconsideración de decisión.

Para miembros con cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare a través de nuestro plan

Determinaciones de cobertura

Tomaremos una decisión inicial sobre si proveeremos o no el medicamento de la Parte D o pagaremos por el medicamento de la Parte D que usted ya recibió. Esta decisión inicial se denomina “determinación de cobertura”.

Excepciones

Usted o su médico nos pueden solicitar que realicemos una excepción en nuestra determinación de cobertura de la Parte D. Puede solicitar una excepción si cree que necesita un medicamento que no figura en nuestro listado de medicamentos cubiertos. Generalmente, sólo aprobaremos su solicitud de excepción si los medicamentos de la Parte D alternativos incluidos en el recetario de su plan no fueran tan efectivos en el tratamiento de su afección y/o le causarían efectos colaterales. **Su médico u otro recetador deben presentar una declaración que respalde su solicitud de excepción.** Para ayudarnos a tomar una decisión más rápida, la información médica de respaldo proporcionada por su médico u otro médico recetador deberá enviarse junto con la solicitud de excepción. Si piensa que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de intentar obtener sus medicamentos recetados en una farmacia.

Apelaciones sobre medicamentos de la Parte D

Si usted está recibiendo cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare a través de nuestro plan, tiene derecho a presentar una apelación. Esto incluye el derecho a apelar nuestra decisión con respecto a su solicitud de excepción. Siga el proceso descrito anteriormente para presentar una apelación. Una apelación sobre determinaciones de cobertura debe ser presentada por escrito directamente ante nosotros.

Queja sobre medicamentos de la Parte D

Si usted está recibiendo cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare a través de nuestro plan, tiene derecho a presentar una queja. Siga el proceso descrito anteriormente para presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.

Sección IV – Información Adicional para Personas con Medicare y Medicaid

La sección IV muestra el paquete de beneficios de Medicaid para los usuarios doblemente elegibles con beneficios completos en la Mancomunidad de Pennsylvania. Los servicios ofrecidos en el paquete de beneficios de Medicaid están basados en su nivel de elegibilidad a Medicaid (Necesidad Categorizada o Necesidad Médica). La cobertura de Medicare debe usarse primero y el programa Medicaid puede cubrir el pago de los deducibles y el coseguro de las Partes A y B de Medicare para todos los servicios cubiertos por Medicare. El siguiente es un listado de los servicios que pueden estar disponibles en su paquete de beneficios a través de su proveedor de Medicaid:

La información a continuación es un resumen de los beneficios adicionales cubiertos por su programa Medicaid operado por el estado, más allá de la cobertura de Original Medicare. Un listado completo de los beneficios adicionales de Medicaid será incluido en su kit de bienvenida.

Categoría del Beneficio (excluye los servicios cubiertos por Medicare)	Servicios cubiertos por Medicaid de Pennsylvania	Beneficios del Plan*
Médicos o personal médico		
Profesional de enfermería certificado y registrado**	Copago de \$0	No disponible
Quiroprácticos**	Copago de \$0	No disponible
Enfermera de partos**	Copago de \$0	No disponible
Optómetra (médico del ojo)**	Copago de \$0	Dentro de la red Copago de \$0
Médico (Doctor en Medicina)**	Copago de \$0	No disponible
Podólogo**	Copago de \$0	Dentro de la red Copago de \$0
Odontólogo** (para usuarios con Necesidad Médica, los servicios de odontología sólo están cubiertos en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) y en una Unidad de Procedimientos Cortos (SPU).	Copago de \$0	Dentro de la red Copago de \$0
Servicios para pacientes internados		
Hospital de cuidados intensivos	Copago de \$0	No disponible
Centro de drogas y alcohol	Copago de \$0	No disponible

Categoría del Beneficio (excluye los servicios cubiertos por Medicare)	Servicios cubiertos por Medicaid de Pennsylvania	Beneficios del Plan*
Centro privado de cuidados intermedios para personas con retraso mental	Copago de \$0	No disponible
Centro privado de cuidados intermedios para otras afecciones relacionadas	Copago de \$0	No disponible
Centro de psiquiatría (limitado a 30 días por año fiscal. Si necesita servicios adicionales más allá del límite, usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a través del Departamento de Bienestar Público)	Copago de \$0	No disponible
Centro hospitalario de rehabilitación (una admisión por año fiscal. Si usted necesita servicios adicionales más allá del límite, usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a través del Departamento de Bienestar Público)	Copago de \$0	No disponible
Otras Instalaciones		
Centros de parto	Copago de \$0	No disponible
Centros de enfermería	Copago de \$0	No disponible
Servicios ambulatorios		
ASC y SPU (para cirugía en el mismo día)	Copago de \$0	No disponible
Centros de salud con calificación federal**	Copago de \$0	No disponible
Servicios hospitalarios clínicos ** y de sala de emergencias	Copago de \$0	No disponible
Servicios clínicos de drogas y alcohol	Copago de \$0	No disponible
Clínica médica y quirúrgica independiente**	Copago de \$0	No disponible
Centro para diálisis renal	Copago de \$0	No disponible
Clínica rural de salud	Copago de \$0	No disponible

Categoría del Beneficio (excluye los servicios cubiertos por Medicare)	Servicios cubiertos por Medicaid de Pennsylvania	Beneficios del Plan*
Clínica psiquiátrica (limitado a un máximo de 5 horas o 10 sesiones de media hora de psicoterapia por usuario en un período de 30 días consecutivos. Si necesita servicios adicionales más allá del límite, usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a través del Departamento de Bienestar Público)	Copago de \$0	No disponible
Centro psiquiátrico de hospitalización parcial (limitado a un máximo de 180 sesiones de tres horas, 540 horas en total por año fiscal. Si necesita servicios adicionales más allá del límite, usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a través del Departamento de Bienestar Público)	Copago de \$0	No disponible
Otros servicios		
Ambulancia	Copago de \$0	No disponible
Servicios de planificación familiar	Copago de \$0	No disponible
Atención domiciliar de salud (enfermero visitante)	Copago de \$0	No disponible
Hospicio	Copago de \$0	No disponible
Laboratorio	Copago de \$0	No disponible
Rayos X portátil	Copago de \$0	No disponible
Servicios de transporte	Copago de \$0	Dentro de la red Copago de \$0
Suministros y equipos médicos (para usuarios con Necesidad Médica, los suministros y equipos médicos sólo están cubiertos cuando han sido recetados para propósitos de planificación familiar o conjuntamente con servicios de una agencia de atención médica domiciliar)	Copago de \$0	No disponible

Categoría del Beneficio (excluye los servicios cubiertos por Medicare)	Servicios cubiertos por Medicaid de Pennsylvania	Beneficios del Plan*
Farmacia		
Para usuarios con Necesidad Médica en cuidados prolongados, limitado a barbitúricos y benzodiazepinas restringidos y a algunos medicamentos y vitaminas de venta libre. Un medicamento restringido es cualquier medicamento que requiera una receta	Copago de \$0	No tiene cobertura más allá de la Parte D de Original Medicare
Para usuarios con Necesidad Médica, limitado a barbitúricos y benzodiazepinas restringidos y a algunos medicamentos y vitaminas de venta libre	Copago de \$0	No tiene cobertura más allá de la Parte D de Original Medicare
Servicios de cuidados prolongados		
Centro de enfermería***	Copago de \$0	No disponible
Servicios con exención federal basados en la comunidad y el hogar [Home and Community Based Waiver]***	Copago de \$0	No disponible
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centros de cuidados para adultos ▪ Coordinación de la atención ▪ Asesoría ▪ Transición comunitaria ▪ Modificaciones del entorno ▪ Comidas a domicilio ▪ Atención médica domiciliaria ▪ Atención personal ▪ Respuesta personal a emergencias ▪ Alivio ▪ Equipo y suministros médicos especializados ▪ Atención a distancia [TeleCare] ▪ Transporte ▪ Servicios de gestión financiera ▪ Servicios y mercancías dirigidos al participante 		

Contacte con su programa estatal de Medicaid al 1-717-787-1870 para la información más actualizada y precisa sobre su elegibilidad y beneficios.

*Para más información sobre los beneficios del plan, consulte el Resumen de Beneficios, secciones II y III.

**Ciertos procedimientos de evaluación, gestión y consulta están limitados a un máximo combinado de 18 visitas clínicas por año fiscal (Julio 1 hasta Junio 30) en el consultorio y en el hogar con médicos, podólogos, optómetras, profesionales de enfermería certificados y registrados (CRNP), quiroprácticos, clínicas hospitalarias para pacientes ambulatorios, clínicas médicas independientes, clínicas de salud rural y centros de salud con calificación federal (FQHC). Consulte con su proveedor si tiene cualquier pregunta sobre estos procedimientos. Si necesita más de 18 visitas, usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a través del Departamento de Bienestar Público.

*** Para recibir servicios en un centro de enfermería o Servicios con exención federal basados en la comunidad y el hogar [Home and Community Based Waiver], las personas deben cumplir con criterios clínicos para ser considerados Elegibles Clínicos para Centros de Enfermería (NFCE) por la Agencia de Área local para la Tercera Edad.

Unison  *Advantage*[®]

Unison Plaza, 1001 Brinton Road
Pittsburgh, PA 15221
www.unisonhealthplan.com