

2020

Evidencia de cobertura

El Paso Health Advantage Dual (HMO D-SNP)



El Paso Health⁺
Advantage Dual SNP

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020

Evidencia de cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2020. Explica cómo obtener cobertura para los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), es ofrecido por El Paso Health. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, hace referencia a El Paso Health. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP).

Este documento está disponible de forma gratuita.

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-833-742-3125 (TTY 1-855-532-3740).

Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-833-742-3125. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-532-3740). Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. tiempo de la montaña (MT, por sus siglas en inglés), los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, 8:00 a.m. a 8:00 p.m., MT.

También puede solicitar esta información en otro formato como audio, Braille o impresión grande.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2021.

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

H3407_202001EOCS_C

File & Use 12/9/2019

OMB Approval 0938-1051 (Expires: December 31, 2021)

Evidencia de cobertura de 2020

Índice

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 5

Explica lo que implica ser miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 19

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros médicos para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

Capítulo 3. 44

Explica cosas importantes que necesita saber acerca de recibir su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de los proveedores en la red del plan y cómo obtener atención cuando usted tiene una emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted pagar) 63

Proporciona los detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y no cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará como parte del costo de su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D..... 112

Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del

plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. También explica los distintos tipos de. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D 139

Explica las 3 etapas de la cobertura para medicamentos (*Etapas del deducible, Etapa de cobertura inicial, , Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de 156

En este capítulo se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 164

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 176

Describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener los medicamentos con receta que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura.
- También explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 243

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

Capítulo 11. Avisos legales..... 254

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

Error! Reference source not found. 258

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	8
Sección 1.1	Usted está inscrito en El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), que es un plan de medicamentos con receta de Medicare	8
Sección 1.2	¿De qué trata el folleto <i>Evidencia de cobertura</i> ?	9
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	9
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	10
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	10
Sección 2.2	¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?	10
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?.	101
Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan para El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)	11
Sección 2.5	Ciudadanía estadounidense o presencia legal	112
SECCIÓN 3	¿Qué otra documentación le enviaremos?	12
Sección 3.1	Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos.....	12
Sección 3.2	<i>Directorio de proveedores</i> : su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan	13
Sección 3.3	<i>Directorio de farmacias</i> : su guía para conocer las farmacias de nuestra red.....	1413
Sección 3.4	La Lista de medicamentos cubiertos (<i>Formulario</i>) del plan	14
Sección 3.5	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D	15
SECCIÓN 4	Su prima mensual para El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)	15
Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima del plan?	15
Sección 4.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año	15
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan.....	16
Sección 5.1	Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted.....	16

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información de salud personal	167
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	17
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	17
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?	17

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), que es un plan de medicamentos con receta de Medicare
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

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

Usted ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP).

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) es un Medicare Advantage plan especializado (un "Plan de Necesidades Especiales" de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a asistencia de Medicaid.

Debido a que recibe asistencia de Medicaid con su costo compartido de Medicare Parte A y B (deducibles, copagos y coseguro), puede no pagar nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica como cuidado a largo plazo y servicios basados en el hogar y la comunidad que generalmente no están cubiertos por Medicare. El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios para usted, para que usted obtenga los servicios de atención médica y asistencia de pago a los que tiene derecho.

El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) está dirigido por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare es aprobado por Medicare. Nos complace proporcionar su cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos recetados

La cobertura bajo este plan califica como aviso de Cobertura médica calificada (QHC), y satisface el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA). Por favor, visite el sitio web del Servicios de Impuestos Internos (IRS) en:

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

<https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Sección 1.2	¿De qué trata el folleto <i>Evidencia de cobertura</i>?
--------------------	--

Este folleto *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener cobertura para medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “medicamentos cubiertos” se refieren a la cobertura para medicamentos con receta a su disposición como miembro de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuál es la cobertura que está a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros de nuestro plan (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>
--------------------	---

Es parte del contrato que celebramos con usted

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2020. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2020.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Tenga la Parte A o la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- --y -- Usted vive en nuestra área de servicio geográfico (Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio).
- --y-- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente a los Estados Unidos.
- -- y -- Usted no tiene Enfermedad Renal Terminal (ESRD), con excepciones limitadas, como si desarrolla ESRD cuando ya es miembro de nuestro plan que ofrecemos, o si fue miembro de un plan diferente que fue terminado.
- --y--Usted cumple con los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados.) Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para Medicare y para la asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid según el programa de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Tenga en cuenta: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de 1 mes, entonces todavía es elegible para ser miembro de nuestro plan (Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad).

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?

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

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero [Durable Medical Equipment, DME]).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos para ciertas personas que tienen 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 y cuando sigan las pautas federales.

Además, hay programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos "Programas de Ahorro de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+).)
- **Programa Beneficiario Calificado de Medicare Plus (QMB+):** Es para personas que cumplen con los criterios para la cobertura completa de Medicaid y ayuda a pagar las primas de la Parte A y parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos).

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan para El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)

Aunque Medicare es un programa federal, El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación:

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: El Paso y Hudspeth.

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

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro**Sección 2.5 Ciudadanía estadounidense o presencia legal**

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?**Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro de nuestro plan para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

 El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)	
Name: [YOUR NAME] ID: [000000000000] PBP: H3407-001 Plan: El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) Effective Date: _____	Office Visit: \$0 Specialist: \$0 Emergency Room: \$0
Pharmacists Only: Navitus: 1-866-270-3877 RxBin: 610602 RxPCN: NVT RxGRP: 001 www.EPHMedicare.com	PCP Name: [YOUR PCP] PCP Phone: [000-000-0000]
	
Medical Providers: Electronic Claims Availity Payer ID: EPF07 Paper Claims: El Paso Health Medicare PO Box 971100 El Paso, TX 79997 Eligibility & Prior Authorization 1-833-742-3125	For Members: In case of emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. Customer Service: 1-833-742-3125 (TTY: 1-855-532-3740) Behavioral Health Services: 1-877-379-7647 Pharmacy Benefits: 1-833-742-3125 FIRSTCALL (24/7 Nurse Line): 1-844-549-2826 Provider Directory: www.EPHMedicare.com

Siempre y cuando usted sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener servicios médicos cubiertos (con la excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de hospicio). Es posible que se le pida que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Mantenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite más tarde.

Esta es la razón por la que esto es tan importante: Si recibe servicios cubiertos usando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) mientras es miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo completo usted mismo.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2	<i>Directorio de Proveedores: su guía para todos los proveedores de nuestra red</i>
--------------------	--

El Directorio de Proveedores enumera nuestros proveedores de red. Los proveedores que también acepten la cobertura de Medicaid tendrán un indicador junto al nombre del proveedor en el *Directorio de Proveedores*. Si no ve un indicador junto al nombre de su proveedor, comuníquese con el Servicio al Miembro de nuestro plan. (Los números de teléfono se imprimen en la contraportada de este folleto).

¿Qué son las “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago en su totalidad. Hemos dispuesto que estos proveedores ofrezcan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.ephmedicare.com.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras usted es miembro de nuestro plan debe usar proveedores de la red para obtener su atención médica y servicios. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios urgentemente necesarios cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área, y los casos en que El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia de Servicios para los miembros (los números de teléfono se imprimen en la contraportada de este folleto). Puede solicitar a Servicios para los miembros más información sobre nuestros proveedores de red, incluidas sus calificaciones. También puede ver el Directorio de Proveedores en www.ephmedicare.com o descargarlo desde este sitio web. Tanto los Servicios para los miembros como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de red.

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

¿Qué son las “farmacias de la red”?

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

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

Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. En nuestro sitio web www.ephmedicare.com se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2020 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Puede llamar a Servicios para los miembros en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.ephmedicare.com

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica cuáles son los medicamentos con receta de la Parte D que cubre El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP). Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos por usted bajo sus beneficios de Medicaid. La lista de medicamentos le indica cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP). La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información para los medicamentos cubiertos que son más comúnmente utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

www.ephmedicare.com o llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

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

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa la cantidad total que gastó, o que gastaron otros en su nombre, en medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6, (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y de qué manera le puede servir para llevar un registro de su cobertura para medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes lo soliciten. Para obtener una copia, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4	Su prima mensual para de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)
------------------	---

Sección 4.1	¿A cuánto asciende la prima del plan?
--------------------	--

La prima de su plan es pagada en su nombre por Medicaid de Texas. Usted no paga una prima mensual del plan para El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP).

Sección 4.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?
--------------------	---

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

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía al plan

Sección 5.1 Cómo puede ayudar a garantizar que la información que tenemos acerca de usted es correcta

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción e incluye su dirección y número de teléfono. Detalla su plan de cobertura específico, que incluye el nombre de su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red se basan en su registro de membresía para verificar qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costo compartido para usted.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, la indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Si tiene cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Si se lo ha internado en una residencia para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

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

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

Medicare nos exige reunir información sobre cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

tenga con los beneficios que le corresponden según nuestro plan. (Para obtener más información sobre el funcionamiento de nuestra cobertura si tiene otro seguro médico, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año, recibirá una carta en la que se enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos de los que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

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

Si desea obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte la Sección 1.4 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 7 Funcionamiento de otros seguros médicos con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene un seguro médico adicional?

Si tiene otro seguro médico (como cobertura médica grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su otro seguro médico. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo se denomina “pagador secundario”, y solo paga si hay costos que la cobertura principal no abonó. Puede que el pagador secundario no abone todos los costos que no fueron cubiertos.

Estas reglas tienen validez para la cobertura de planes médicos grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan médico grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero depende de su edad, la cantidad de personas que emplea su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o insuficiencia renal en etapa terminal (IRET):
 - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar todavía trabajan, el plan médico grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.

- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, el plan médico grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por IRET, el plan médico grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Indemnización por accidentes de trabajo

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que haya pagado Medicare o el plan médico grupal del empleador.

Si tiene un seguro médico adicional, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene alguna pregunta sobre quién debe pagar primero o si necesita actualizar la información de su seguro médico adicional, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono y
recursos importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros del plan).....	21
	Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros del plan	21
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	32
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	34
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)	34
SECCIÓN 5	Seguro Social	34
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)	35
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta.....	39
	Programa “Ayuda adicional” de Medicare	39
	Programas estatales de asistencia farmacéutica	411
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios	392
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?	422
SECCIÓN 10	Puede obtener asistencia de agencias locales.....	42

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)

(cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-833-742-3125 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales. Nuestro sistema automatizado está disponible en cualquier momento para opciones de autoservicio. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-855-532-3740 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales.
FAX	915-532-2886
ESCRIBA A	El Paso Health Advantage Dual SNP Atención: Member Services P.O Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100
SITIO WEB	www.ephmedicare.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-833-742-3125 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales.
TTY	1-915-855-532-3740 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales.
FAX	(844)298-7866
ESCRIBE	El Paso Health Advantage Dual SNP Atención: Health Services P.O. Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100
SITIO WEB	www.ephmedicare.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando usted está haciendo una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo hacer una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Apelaciones para recibir atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-833-742-3125 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales.
TTY	1-915-855-532-3740 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales.
FAX	(844)298-7866
ESCRIBE	El Paso Health Advantage Dual SNP Atención: Health Services P.O. Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100
SITIO WEB	www.ephmedicare.com

Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando está presentando una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura o pago. (Si su problema es acerca de la cobertura o el pago del plan, usted debe mirar la sección anterior sobre hacer una apelación.) Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre Atención Médica – Información de Contacto
LLAME AL	1-833-742-3125 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales.
TTY	1-915-855-532-3740 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales.
FAX	844-298-7866
ESCRIBE	El Paso Health Advantage Dual SNP Atención: Quejas y Apelaciones P.O. Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta según el beneficio de la Parte D de su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-833-742-3125 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales.
TTY	1-855-532-3740 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales.
FAX	1-855-668-8552
ESCRIBA A	El Paso Health Advantage Dual SNP Atención: Decisión de Cobertura P.O. Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
SITIO WEB	www.ephmedicare.com

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**Cómo puede comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D**

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9(*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-833-742-3125 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales.
TTY	1-855-532-3740 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales.
FAX	1-844-268-9791
ESCRIBA A	El Paso Health Advantage Dual SNP Atención: Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D P.O. Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
SITIO WEB	www.ephmedicare.com

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-833-742-3125 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales.
TTY	1-855-532-3740 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales.
FAX	915-532-2286
ESCRIBA A	El Paso Health Advantage Dual SNP Atención: Servicios de Miembro P.O Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que recibió

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirle al plan que le reembolse o pague una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos*).

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	Solicitudes de pago de las Partes C y D 1-833-742-3125 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales.
TTY	Solicitudes de pago de las Partes C y D 1-855-532-3740 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes del Servicio al miembro estarán disponibles para responder a su llamada directamente de 8 a.m. a 8 p.m., tiempo de la montaña (MT, pos sus siglas en ingles), siete días a la semana, excepto el Día de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes del Servicio al Miembro estarán disponibles para responder a su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MT, de lunes a viernes, excepto festivos federales.
FAX	Solicitudes de pago de la Parte C 915-532-2286 Solicitudes de pago de la Parte D 1-855-668-8550

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
ESCRIBA A	Solicitudes de pago de la Parte C El Paso Health Advantage Dual SNP Atención: Servicios de Miembro P.O Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100 Solicitudes de pago de la Parte D El Paso Health Advantage Dual SNP Atención: Reclamaciones Manuales P.O. Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
SITIO WEB	www.ephmedicare.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados “CMS”). Esta agencia tiene contratos con planes de medicamentos con receta de Medicare, incluido el nuestro.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare): brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare): brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un <i>valor estimativo</i> de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.
SITIO WEB (continuación)	También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP): • Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico
 (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama *Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP por sus siglas en inglés)*.

Health Information Counseling and Advocacy Program es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del *Health Information Counseling and Advocacy Program* pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del *Health Information Counseling and Advocacy Program* también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	<i>Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP), Texas: información de contacto</i>
LLAME AL	1-800-252-9240
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]
ESCRIBA A	701 W. 51 st Street Austin, TX 78751
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

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

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En Texas, la Organización para la mejora de la calidad se llama KEPRO.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

Debe ponerse en contacto con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Cree que la cobertura de su estancia en el hospital está terminando demasiado pronto
- Usted cree que la cobertura para su atención médica en el hogar, la atención especializada en un asilo de ancianos o los servicios del Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) está terminando demasiado pronto

Método	KEPRO, Organización para la mejora de la calidad: información de contacto
LLAME AL	888-315-0636 (Gratuito)
TTY	855-843-4776
ESCRIBA A	5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, Fl. 33609
SITIO WEB	http://www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

SECCIÓN 6**Medicaid**

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

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados

Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB): ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Salud y Servicios Humanos de Texas.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	Salud y Servicios Humanos de Texas : información de contacto
LLAME AL	1-800-252-8263 o 211 8:00 a.m. a 5:00 pm, Lunes a Viernes
TTY	711 o 1-800-735-2989 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	P.O. Box 149024 Austin, TX 78714-9024
SITIO WEB	https://www.yourtexasbenefits.comhttpshttpshttps://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

La Oficina del Ombudsman de Salud y Servicios Humanos ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o apelación con nuestro plan.

Método	La Oficina del Ombudsman de Salud y Servicios Humanos - información de contacto
LLAME AL	1-877-787-8999
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]
ESCRIBA A	La Oficina del Ombudsman de Salud y Servicios Humanos P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/hhs-office-ombudsman

La Oficina del Ombudsman de Atención a Largo Plazo ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

Método	La Oficina del Ombudsman de Atención a Largo Plazo, AAA del Rio Grande- información de contacto
LLAME AL	1-800-333-7082
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]
ESCRIBA A	8037 Lockheed Suite 100 El Paso, TX 79925
SITIO WEB	https://apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/

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

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medicaid, usted califica y está recibiendo "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No es necesario hacer nada más para obtener esta "Ayuda extra".

Si tiene preguntas sobre "Ayuda Adicional", llame a:

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

y Si usted cree que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Si necesita ayuda para obtener las mejores pruebas disponibles y/o para proporcionar esta evidencia, comuníquese con Servicios para los miembros. Revisaremos cualquier evidencia como una tarjeta de Medicaid, una carta de premio de Medicaid, una carta de aprobación del Subsidio de Bajos Ingresos, una impresión del archivo de inscripción electrónica estatal que muestre el estado de Medicaid, una serigrafía del sistema Medicaid del estado que muestre el estado de Medicaid, u otros documentos específicos del estado que muestren cobertura activa de Medicaid.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda adicional”), aún conservará el 70% de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del 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 que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP por sus siglas en inglés). Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente.

Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquelo al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare. Favor de llamar al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas al 1-800-225-1090 o visite <https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds>.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas al 1-800-255-1090.

¿Qué ocurre si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos con receta? ¿Obtiene los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros reciben "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si recibe "Ayuda adicional", el Programa de Descuento por Brecha de Cobertura de Medicare no se aplica a usted. Si recibe "Ayuda adicional", ya tiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante la brecha de cobertura.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?**

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, debe revisar el próximo aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

El estado de Texas ofrece el Programa estatal de asistencia farmacéutica que se llama el Programa de Cuidado de la Salud del Riñón (KHC por sus siglas en inglés) y Programa estatal de asistencia farmacéutica de VIH.

Método	Programa de Cuidado de la Salud del Riñón (KHC): información de contacto
LLAME AL	800-222-3986 o 512-776-7150 8 a.m. a 5 p.m., horario Central Lunes a Viernes
Sitio Web	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care
Método	Programa estatal de asistencia farmacéutica de VIH-información de contacto
LLAME A	1-800-255-1090 8 a.m. a 5 p.m. Lunes a Viernes
SITIO WEB	https://www.dshs.state.tx.us/hivstd/meds/spap.shtm

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios**

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

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

Método	Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

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

SECCIÓN 10 Puede obtener asistencia de agencias locales

Las siguientes agencias están disponibles para ayudarlo con la información de Medicare sobre acceso y servicios.

Método	Servicios de Rehabilitación Vocacional Soluciones de la Fuerza Laboral de Texas		
LLAME AL	Central 915-834-7004	Lado Este 915-887-2159	Noreste 915-887-2938
DIRECCIÓN	401 E. Franklin Ave., Suite 240 El Paso, TX 79901	8825 North Loop Suite 123 El Paso, TX 79907	8941 Dyer St. El Paso, TX 79924
SITIO WEB	www.twc.texas.gov		

Método	Proyecto Bravo
LLAME A	915-562-4100
DIRECCIÓN	4838 Montana Ave. El Paso, TX 79993
SITIO WEB	www.projectbravo.org

Método	Rio Grande Area Agency on Aging
LLAME A	915-533-0998 1-800-333-7082
DIRECCIÓN	8037 Lockheed, Suite 100 El Paso, TX 79925
SITIO WEB	http://www.riocog.org/AAA/aaa.htm

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Método	<u>Texas Department of Health and Human Services</u>		
LLAME A	Lower Valley 915-775-4443	Lado Este 915-593-0272	Noreste 915-759-7667
DIRECCIÓN	5150 El Paso Dr. El Paso, TX 79905	11295 Edgemere Blvd. El Paso, TX 79936	7400 Dianna Dr. El Paso, TX 79924
SITIO WEB	www.hhs.texas.gov		

Método	Centro de Servicios para Veteranos
LLAME A	915-564-7898
DIRECCIÓN	5001 N. Piedras St. El Paso, TX 79930
SITIO WEB	www.va.gov

CAPÍTULO 3

*Cómo usar la cobertura del plan para
sus servicios de atención médica y
otros servicios cubiertos*

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1	Cosas que debe saber acerca de obtener su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan.....	488
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	488
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan	488
SECCIÓN 2	Use proveedores en la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios.....	50
Sección 2.1	Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para proporcionar y supervisar su	500
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede obtener sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP?	502
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de redes.....	533
Sección 2.4	Cómo obtener atención médica de proveedores fuera de la red.....	544
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre	544
Sección 3.1	Cuidado en casos de emergencia médica	544
Sección 3.2	Atención médica requerida urgentemente.....	54
Sección 3.3	Atención durante un desastre	566
SECCIÓN 4	¿Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan?	566
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos	566
Sección 4.2	¿Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?	57
SECCIÓN 5	Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	57
Sección 5.1	¿Que es un estudio de investigación clínica?	57
Sección 5.2	¿Cuando participa en un estudio de investigación clínica, quien paga por qué?	57

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 6	Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica”	611
Sección 6.1	¿Qué es una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica?	611
Sección 6.2	¿Qué atención medica de una institución no médica religiosa está cubierta por nuestro plan?	611
SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero	61
Sección 7.1	¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan?	622

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 1 Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos**

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para cubrir su atención médica y otros servicios. Da definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otros cuidados médicos que están cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica y otros servicios están cubiertos por nuestro plan, utilice la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (Tabla de beneficios, lo que está cubierto).

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

Estas son algunas definiciones que pueden ayudarlo a entender cómo obtiene la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- Los "Proveedores" son médicos y otros profesionales de la salud con licencia del estado para proporcionar servicios médicos y atención. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los "proveedores de red" son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago en su totalidad. Hemos dispuesto que estos proveedores ofrezcan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando ve a un proveedor de red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los "servicios cubiertos" incluyen todos los servicios de atención médica, servicios de atención médica, suministros y equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se enumeran en la tabla de beneficios en el Capítulo 4.

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

Como plan de salud de Medicare, El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Medicare Original.

El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe se incluye en la Tabla de Beneficios del plan** (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria de la red (un PCP) que está proporcionando y supervisando su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 en este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, el PCP de la red debe darle la aprobación por adelantado antes de poder usar otros proveedores en la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar. Esto se llama darle una "referencia". Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las referencias de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios. También hay algunos otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *Aquí hay tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y para ver qué significan los servicios de emergencia o urgentemente necesarios, consulte la Sección 3 en este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. Esto requerirá una "autorización previa" de nuestro departamento de Utilización de Gestión. En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo algún para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 en este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 2 Use proveedores en la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios

Sección 2.1	Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para proporcionar y supervisar su
--------------------	--

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

Cuando se une a El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), debe elegir un proveedor del plan para que sea su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Si no tiene un PCP en el momento de unirse, un Representante de Servicios para los miembros puede ayudarlo a seleccionar uno. Si no puede elegir un PCP, lo asignaremos a un PCP contratado con una ubicación conveniente de la oficina basada en su dirección de casa.

Los PCP pueden ser cualquiera de los siguientes tipos de médicos siempre y cuando estén en la red de nuestro plan:

- Médico General
- Médico de Cabecera
- Médicos de Medicina Interna
- Pediatría

Como explicamos a continuación, recibirá su atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro.

Verá a su PCP para la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Hay sólo unos pocos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta sin ponerse en contacto con su PCP primero, excepto, como explicamos a continuación y en la Sección 3.

Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro. Esto incluye sus radiografías, pruebas de laboratorio, terapias, atención de médicos que son especialistas, ingresos hospitalarios y atención de seguimiento. La coordinación de sus servicios incluye consultando con otros proveedores sobre su atención y cómo va. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP le ayudará a organizar su atención, como enviarlo a ver a un especialista. En algunos casos, su PCP necesitará obtener autorización previa (aprobación previa). Dado que su PCP le proporcionará y coordinará su atención médica, debe tener todos sus registros médicos anteriores enviados a la oficina de su PCP.

Cuando su PCP piensa que necesita tratamiento especializado, puede enviarlo a ver a un especialista. Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

Algunos ejemplos de especialistas son:

- Oncólogos (que cuidan a pacientes con cáncer),
- Cardiólogos (que cuidan a pacientes con afecciones cardíacas) y
- Ortopedistas (que cuidan a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares).

La referencia de su PCP le dice al especialista acerca de su condición médica y las cosas que su PCP desea que el especialista verifique.

Su PCP está disponible para coordinar su atención con especialistas y otros proveedores. Si uno de sus proveedores solicita un servicio que requiere una autorización, el proveedor es responsable de obtener una autorización previa de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP).

¿Cómo elige su PCP?

Usted eligió un PCP cuando completó su formulario de inscripción.

Si no eligió un PCP, seleccionaremos uno para usted que se encuentre cerca de donde vive. El nombre y el número de teléfono de su PCP se imprimirán en su tarjeta de membresía. Para seleccionar un nuevo PCP, puede consultar el Directorio de Proveedores que recibió, el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web, o llamar al número de teléfono de Servicios para los miembros en la contraportada de este folleto.

Si hay un especialista o hospital en particular que desea usar, compruebe primero para asegurarse de que su PCP haga referencias a ese especialista o utilice ese hospital. Servicios para los miembros también puede ayudarlo a elegir un médico. Si ya está viendo a un médico, puede buscar en el Directorio de Proveedores para ver si ese médico está en nuestra red. Si es así, puede decirnos que quiere quedarse con ese proveedor.

Cambiando su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tendría que encontrar un nuevo PCP.

Si solicita cambiar su PCP, la solicitud se hará inmediatamente después de recibir su solicitud.

Si desea cambiar su PCP y necesita ayuda para encontrar un proveedor de red, llame a Servicios para los miembros al número que se muestra en la contraportada de este folleto, o visite nuestro sitio web para acceder a nuestro Directorio de Proveedores. Si desea que se le envíe por correo un Directorio de Proveedores, puede llamar a Servicios para los miembros.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

Antes de recibir atención de un nuevo médico de atención primaria de la red, debe notificarnos primero. Si usted va a otro proveedor de la red para servicios de atención primaria que no es su PCP asignado o médico de cobertura autorizado por su PCP, los servicios pueden no estar cubiertos.

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para los miembros al número que se muestra en la contraportada de este folleto. Cuando llame, asegúrese de informar a Servicios para los miembros si está viendo especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP (como servicios de salud en el hogar y equipo médico duradero).

Servicios para los miembros le ayudará a asegurarse de que puede continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambia a un nuevo PCP. También comprobarán que el PCP al que desea cambiar sea capaz de aceptar nuevos pacientes.

Servicios para los miembros cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP y le dirá cuándo el cambio a su PCP surtirá efecto. Una vez que su PCP ha sido cambiado, usted recibirá una nueva tarjeta de membresía en el correo dentro de 10 días laborables.

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

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

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes mamarios, mamografías de detección (rayos X de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando los recibas de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de red o de proveedores fuera de la red
- Servicios urgentemente necesarios de proveedores de red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles, por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a organizar que usted tenga diálisis de mantenimiento mientras está fuera. Los números de teléfono de Servicios para los miembros se imprimen en la contraportada de este folleto.)

- Servicios preventivos cubiertos; ver El Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos**Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de redes**

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

- Los oncólogos tratan a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos cuidan a pacientes con afecciones cardíacas
- Los ortopedistas tratan a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares

Para ciertos servicios, su PCP, Especialista u otros Proveedores necesitarán obtener la aprobación previa de nosotros. Esto se llama obtener "autorización previa". Su PCP, Especialista u otros Proveedores son responsables de obtener una autorización previa de nuestro Departamento de Utilización de Gestión. (Para obtener más información al respecto, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan?

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay una serie de razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle al menos 30 días de anticipación de que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para asegurar, que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada adecuadamente, usted tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista está abandonando su plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.

Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

En ocasiones, es posible que necesite servicios médicamente necesarios no emergentes de un médico, especialistas u otro proveedor que no estén disponibles por nuestros proveedores dentro de la red. Usted o su médico, especialista u otro proveedor tendrá que solicitar una autorización previa de nuestro departamento de Administración de Utilización de Gestión enviándonos por fax una solicitud gratuita al 1-844-298-7866 o llamando al 1-833-742-3125. Los servicios de emergencia o fuera del área urgentemente necesarios no requieren autorización previa.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia médica o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Cuidado en casos de emergencia médica**¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer si tiene una?**

Una "**emergencia médica**" es cuando usted, o cualquier otro laico prudente con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de vidas, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que está empeorando rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- Obtenga ayuda lo más rápido posible. Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No necesita obtener la aprobación o una referencia primero de su PCP.
- Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan ha sido informado sobre su emergencia. Tenemos que hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general dentro de las 48 horas. Llame a Servicios para los miembros al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 de este folleto.

Si usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están dando atención de emergencia para ayudar a manejar y hacer un seguimiento de su atención. Los médicos que le están dando atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado.

Una vez finalizada la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, trataremos de 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 si no fuera una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podrías ir a recibir atención de emergencia, pensando que tu salud está en grave peligro, y el médico puede decir que no fue una emergencia médica después de todo. Si resulta que no fue una emergencia, siempre y cuando usted razonablemente pensó que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que no fue una emergencia, cubriremos atención adicional solo si recibe la atención adicional de una de estas dos maneras:

- Usted va a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- – o – La atención adicional que recibe se considera "servicios urgentemente necesarios" y usted sigue las reglas para recibir esta atención urgente (para obtener más información al respecto, ver Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Atención médica requerida urgentemente ¿Qué son los "servicios de urgencia"?
--------------------	---

¿Qué son los "servicios urgentemente necesarios"?

Los "servicios urgentemente necesarios" son enfermedades médicas, lesiones o afecciones no urgentes e imprevistas que requieren atención médica inmediata. Los proveedores de red o los proveedores fuera de la red pueden proporcionar servicios urgentemente necesarios cuando los proveedores de red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tiene.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

¿Qué sucede si está en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención médica?

Siempre debe tratar de obtener los servicios urgentemente necesarios de los proveedores de red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o son inaccesibles y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios urgentemente necesarios que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para encontrar un proveedor de atención urgente, consulte su directorio de proveedores o llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125

¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención médica?

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios urgentemente necesarios que usted recibe de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre ni los servicios de emergencia, los servicios urgentemente necesarios ni ningún otro servicio si recibe atención fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3	Atención durante un desastre
--------------------	-------------------------------------

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web www.ephmedicare.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Por lo general, si no puede utilizar un proveedor de red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red al compartir costos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda llenar sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué hacer si le facturan directamente por servicios cubiertos por el plan?

Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos
--------------------	--

El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) no reembolsa los servicios de Medicaid wrap-around. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

Si ha pagado por sus servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, vaya al Capítulo 7 (*Pedirnos que paguemos una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2	¿Qué hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?
--------------------	---

El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) no reembolsa los servicios de Medicaid wrap-around. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.

El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, se enumeran en la Tabla de Beneficios del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen de acuerdo con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos del plan, o se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos por cualquier servicio médico o atención que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) tiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de nosotros o desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono se imprimen en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cuando se ha alcanzado el límite de beneficios, los costos que usted paga no cuentan para su máximo de su bolsillo. Puede llamar a Servicios para los miembros cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 Cobertura de servicios de atención médica cuando participa 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, como lo bien que funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

medicamentos pidiendo voluntarios para ayudar con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a ver si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están ejecutando el estudio. Puedes participar en el estudio siempre y cuando cumplas con los requisitos para el estudio y tengas una comprensión y aceptación plenas de lo que implica si participas en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Cuando usted está en 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 un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener la aprobación de nosotros o de su PCP. Los proveedores que ofrecen su atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para estar en un estudio de investigación clínica, **sí necesita decírnoslo antes de empezar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, póngase en contacto con Servicios para los miembros (los números de teléfono se imprimen en la contraportada de este folleto) para hacerles saber que participará en un ensayo clínico y para averiguar detalles más específicos sobre lo que el plan pagará.

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

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

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

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

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

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, está cubierto por artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluyendo:

- Habitación y pensión para una estancia hospitalaria que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera en un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención

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

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, deberá enviar una solicitud de pago. Con su solicitud, tendrá que enviarnos una copia de sus Avisos de Resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Cuando usted es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por ninguno de los siguientes:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera en un estudio.
- Artículos y servicios que el estudio le ofrece a usted o a cualquier participante de forma gratuita

Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría por las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su condición médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada. ¿Quieres saber más?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica leyendo la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 6 Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica cuando obtiene atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

Sección 6.1	¿Qué es una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica?
--------------------	---

Una institución de atención médica religiosa no médica es un centro que brinda atención a una afección que normalmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar proporcionaremos cobertura para la atención en una institución de atención médica religiosa no médica. Usted puede optar por buscar atención médica en cualquier momento por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona solo para los servicios de hospitalización de la Parte A (servicios de atención médica no médicos). Medicare solo pagará por los servicios de atención médica no médicos proporcionados por instituciones religiosas de atención médica no médica.

Sección 6.2	¿Qué atención médica de una institución no médica religiosa está cubierta por nuestro plan?
--------------------	--

Para recibir atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica, deberá firmar un documento legal en el que declare que conscientemente se opone a recibir tratamientos médicos "no exceptuados".

- Atención o tratamientos médicos “no exceptuados” se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico *voluntario y no requerido* por las leyes federales, estatales o locales.
- Tratamientos médicos “exceptuados” se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted recibe que *no* es voluntario o *es requerido* por las leyes federales, del estado o locales.

Para recibir cobertura de nuestro plan, el cuidado que usted recibe de una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
 - debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención en hospital para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

Consulte el Capítulo 4 para conocer las limitaciones de cobertura de internación en un hospital de Medicare.

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan?

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de asistencia para el habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas hospitalarias ordenados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otro tipo de equipo médico duradero que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), usted no se convertirá en propietario del equipo médico duradero alquilado, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Solo en determinadas circunstancias limitadas, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto) para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe suministrar.

¿Qué ocurre con los pagos que realizó por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiar a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Los pagos que haya realizado mientras estaba en nuestro plan no se contarán para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el equipo médico duradero conforme a Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, esos pagos anteriores tampoco cuentan para estos 13 pagos consecutivos. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para ser propietario del artículo. No hay excepciones para este caso cuando regresa a Original Medicare.

CAPÍTULO 4

*Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto
y lo que le corresponde pagar)*

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

SECCIÓN 1	Cómo comprender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos	655
Sección 1.1	Tipos de costos del bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos	65
Sección 1.2	¿Cuál es su deducible del plan?	65
Sección 1.3	¿Cuál es monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare?	65
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de Beneficios</i> para saber lo que está cubierto para usted	66
Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan	66
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)	108
Sección 3.1	Servicios <i>no estan</i> cubiertos por El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)	108
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan O Medicare?	108
Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos(exclusiones) por el plan O Medicare	108

SECCIÓN 1 Comprender sus costos de bolsillo para los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en qué servicios están cubiertos y qué paga por estos servicios. Incluye una tabla de beneficios que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites de determinados servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Debido a que recibe ayuda de Medicaid, usted no paga nada por los servicios cubiertos mientras que siga las reglas del plan en obtener su cuidado (vea el Capítulo 3 para informarse sobre las reglas del plan en obtener su cuidado)

Sección 1.2 ¿Qué es el deducible de su plan?

Su deducible es de \$198.

Esta es la cantidad que tiene que pagar de su bolsillo antes de que pagaremos nuestra parte por sus servicios médicos cubiertos. Hasta que haya pagado el monto deducible, debe pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (su monto de coseguro) por el resto del año calendario.

- El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios, incluso si aún no ha pagado su deducible. El deducible no se aplica a los servicios preventivos de Medicare Original que se ofrecen a costo compartido de cero dólares

Sección 1.3 ¿Cuál es monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare?

Aviso: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo. Usted no será responsable de pagar cualquier gasto de su propio bolsillo hasta la suma máxima de gastos que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Dado que usted está suscrito a un Plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto a la cantidad que usted debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos que se encuentran cubiertos por nuestro plan (vea la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina la cantidad máxima de su bolsillo para los servicios médicos.

Como miembro de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), la suma máxima que deberá pagar de su bolsillo por servicios de la Parte A y la Parte B en 2020 es \$6,700. Los

montos que usted paga por deducibles y coseguro por los servicios cubiertos cuentan para el cálculo de esta suma máxima de su propio bolsillo. (Los montos que paga por las primas de su plan y por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el cálculo de su suma máxima de su propio bolsillo. Además, las sumas que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su propio bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios Médicos). Si usted alcanza la suma máxima de su propio bolsillo de \$6,700, no deberá pagar ningún otro gasto de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios* médicos para averiguar qué es lo que está cubierto y cuanto le correspondería pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como un miembro del plan

En la Tabla de beneficios de las siguientes páginas, se enumeran los servicios cubiertos El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipo) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta. Para obtener más información sobre los requisitos para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubrimos servicios de proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que está proporcionando y supervisando su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle la aprobación por adelantado antes de que pueda ver a otros proveedores en la red del plan. Esto se llama darle una "referencia". El Capítulo 3 proporciona más información sobre cómo obtener una referencia y las situaciones en las que no necesita una referencia.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una aprobación previa (a veces llamada

“autorización previa”) de nosotros. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios con un asterisco (*).

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su parte del costo compartido por los servicios de Medicare, incluyendo los pagos de primas, deducibles, coseguros y copagos de las Partes A y B de Medicare (excepto la Parte D de Medicare) dependiendo de su categoría de cobertura de asistencia médica. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como la atención a largo plazo y los servicios basados en el hogar y la comunidad.
- Como todos los Planes de Salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, revise su manual *Medicare y Usted 2020*. Véalo en línea en <https://www.medicare.gov> o solicite 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).
- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted.
- A veces, Medicare aumenta la cobertura a través de Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare aumenta la cobertura para cualquier servicio durante 2020, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.
- Si usted está dentro del período de 1 mes de elegibilidad continúa considerada de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid aplicable, ni pagaremos las primas de Medicare o la participación en los costos de las cuales el estado sería responsable si no hubiera perdido su Medicaid Elegibilidad. Los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian durante este período.

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



Verá esta manzana al lado de los servicios médicos preventivos en la Tabla de beneficios.

- Los beneficios con reglas de autorización previa se marcan en letra itálica.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.
Servicios de ambulancia - Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros cuyas condiciones médicas son tales que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud, o si lo autoriza el plan. - El servicio de transporte en ambulancia que no sea de emergencia corresponde si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	Hay un coseguro de 0% para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. <i>Autorización requerida para servicios de Medicare que no sean de emergencia.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Consulta preventiva anual Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Nota: su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de “Bienvenida a Medicare” para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
 Medición de masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan con determinadas condiciones con una orden del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Hay un coseguro de 0% para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. <i>Se aplican las reglas de autorización.</i>
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	Hay un coseguro de 0% para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. <i>Se aplican las reglas de autorización.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Examen de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en materia fecal con guayacol (Guaiac-Based Fecal Occult Blood Test, gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT). Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años. Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Hay un coseguro de 0% para los enemas de bario cubiertos por Medicare. <i>Se aplican las reglas de autorización</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios odontológico En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: • Exámenes orales - 2 cada año • Profilaxis (Limpiezas) - 2 cada año • Tratamiento de fluoruro – 2 cada año • Radiografías dentales – 2 cada año • Servicios de Diagnóstico • Servicios de restauración • Extracciones • Prostodoncia, Otra Cirugía Oral/Maxilofacial, Otros Servicios <i>Ofrecemos cobertura dental suplementaria por hasta \$1,750 cada año.</i>	Usted debe utilizar un proveedor dental en nuestra red para los beneficios dentales suplementarios No hay coseguro, copago o deducible para la cobertura dental suplementaria que ofrecemos.
 Examen de detección de depresión Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para lograr un autocontrol de la enfermedad está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	Hay un 0% coseguro para los servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Equipos médicos duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (La definición de “equipo médico duradero” se incluye en el Capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.ephmedicare.com.	Hay un 0% coseguro para equipos médicos duraderos (DME) cubiertos por Medicare y suministros relacionados. <i>Se aplican las reglas de autorización.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención médica de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. La atención de emergencia está cubierta dentro de los Estados Unidos.	Hay un coseguro de 0% para la atención de emergencia cubierta por Medicare dentro de los Estados Unidos. Coseguro para los beneficios cubiertos de Medicare se eximen si son admitidos en el hospital dentro de las 24 horas. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su condición de emergencia, debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Programas de educación para la salud y el bienestar El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) tiene Programas de Manejo de Enfermedades y el programa de Administración de Casos diseñados para examinar rutinariamente a los Miembros y proporcionar coordinación y educación de atención a los Miembros y sus familias. Estos programas incluyen evaluación, educación, monitoreo y evaluación de Miembros diagnosticados con presión arterial alta, colesterol, diabetes, asma y otras condiciones médicas y conductuales crónicas o complejas. Como parte de estos programas, los Determinantes Sociales de la Salud también son evaluados e identificados para promover el bienestar físico, emocional y social general. FirstCall Línea de Ayuda Médica está disponible para los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año. Si llama a FirstCall, recibirá información inmediata para ocuparse de sus problemas médicos o de salud. La Línea de Crisis está disponible para los Miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año. Los miembros pueden llamar a la Línea de Crisis para recibir información, referencias y apoyo relacionados con su condición de salud conductual o crisis.	No hay coseguro, copago o deducible para los programas de educación de salud y bienestar cubiertos por Medicare.
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Ofrecemos cobertura de servicios auditivos suplementarios. Cubrimos una (1) adaptación/evaluación para un audífono y el audífono hasta \$1,500 cada tres años.	No hay coseguro, copago o deducible para los servicios auditivos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	No hay coseguro, copago o deducible para la agencia de atención médica a domicilio cubierta por Medicare. <i>Se aplican las reglas de autorización.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención en un hospicio Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. <u>Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare).	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP). Las consultas de hospicio se incluyen como parte de la atención hospitalaria.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención en un hospicio (<i>continuación</i>) <u>Para servicios que están cubiertos por El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. <u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>). Nota: si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los miembros con enfermedades terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Cubrimos el límite de Medicare de 90 días por período de beneficios y 60 días de reserva de por vida adicionales a lo largo de su vida. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados.	Usted paga: • \$0 por los días 1-90 y por cada "día de reserva de por vida" que usted elija usar después del día 90. • Todos los gastos más allá de sus días de reserve de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida) <i>Se aplican las reglas de autorización.</i>

**Atención hospitalaria para pacientes internados
(continuación)**

- En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si El Paso Health Advantage Dual SNP brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.
- Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.
- Servicios médicos.

Nota: para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital.

No requiere coseguro, copago o deducible para la atención en hospital para pacientes internados cubierta por Medicare

Si recibe atención médica autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Un periodo de beneficio comienza el primer día que usted ingresa a un hospital para pacientes internos. El periodo de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de periodos de beneficios que pueda tener.

Se aplican las reglas de autorización.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Atención mental para pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren internación en hospital. Hay un límite de 190 días para los servicios de internación en un hospital psiquiátrico durante su vida. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	Cada period de beneficio usted paga: • \$0 por los días 1-90 y por cada "día de reserva de por vida" que usted elija usar después del día 90. • Todos los gastos mas allá de sus días de reserve de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida) <i>Se aplican las reglas de autorización.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Hospitalizaciones: Servicios cubiertos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta <i>Cubriremos 90 días por período de beneficios y 60 días de reserva adicionales por vida sobre su límite de por vida para los días de atención hospitalaria y hasta 100 días por período de beneficios para un centro de enfermería especializada.</i> Si se le han agotado sus beneficios para pacientes internados o si la estadía del paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía de paciente internado. No obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	No hay coseguro, copago o deducible para los servicios cubiertos por Medicare durante una estadía hospitalaria no cubierta. <i>Se aplican las reglas de autorización.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (del riñón, pero que no realizan diálisis), o después de un trasplante con una orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Medicamentos recetados de Medicare Parte B

La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos se incluyen los siguientes:

- Medicamentos que, generalmente, el paciente no se auto administra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio.
- Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.
- Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.
- Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano.
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.
- Antígenos.
- Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas.
- Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).
- Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.

Hay un coseguro de 0% para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare cubiertos por Medicare.

Se aplican las reglas de autorización.

El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides La Parte B de Original Medicare cubre los servicios del tratamiento del trastorno por consumo de opioides. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Los medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y el suministro y la administración de dichos medicamentos, si corresponde. • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas.	Hay un coseguro de 0% para los servicios del programa de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros análisis de diagnóstico para pacientes externos.	Existe un coseguro de 0% para las pruebas de diagnóstico ambulatorio cubiertas por Medicare y los suministros y servicios terapéuticos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	Hay un coseguro de 0% para la observación hospitalaria cubierta por Medicare o visitas a la sala de emergencias. (Consulte "Atención de emergencia" para obtener más información). <i>Se aplican las reglas de autorización.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!” (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	Hay un coseguro de 0% para los servicios hospitalarios ambulatorios cubiertos por Medicare. <i>Se aplican las reglas de autorización.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Hay un coseguro de 0% para la atención de salud mental ambulatoria cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	Hay un coseguro de 0% para los servicios de rehabilitación ambulatoria cubiertos por Medicare. <i>Se aplican las reglas de autorización.</i>
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos Cubrimos servicios razonables y médicamente necesarios para el tratamiento del abuso de sustancias que pueden tomar lugar en un entorno individual o grupal. Los niveles de atención ambulatoria se pueden utilizar como alternativa a la hospitalización o como un paso hacia abajo después de la hospitalización para condiciones relacionadas con sustancias. Los servicios de abuso de sustancias ambulatorias incluyen: hospitalización parcial, individual, familiar, detección grupal, Evaluación, Intervención Breve y Remisión a los servicios de tratamiento (SBIRT).	Hay un coseguro de 0% para los servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.	Hay un coseguro de 0% para la cirugía ambulatoria cubierta por Medicare, que incluye servicios proporcionados en centros ambulatorios de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios. <i>Se aplican las reglas de autorización.</i>

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted pagar)**Cobertura Adicional de Servicio de catálogo de venta libre**

Artículos de venta libre (Over the Counter, OTC por sus siglas en inglés) son medicamentos que no necesitan una receta y artículos relacionados con la salud. Este plan cubre artículos permitidos por Medicare. Los artículos cubiertos incluyen:

- Cepillos y pasta de dientes
- Vitaminas,
- Kits de Primeros Auxilios
- Nasal/Sinusal
- Antiácidos
- Pastillas para la tos y dolor de garganta
- Alivio del dolor para adultos

Este plan cubre ciertos artículos sin receta aprobados, hasta \$ 150 cada trimestre. Las cantidades no usadas no se transfieren al próximo trimestre ni al próximo año calendario.

Servicios adicionales pueden ser cubiertos de acuerdo con sus beneficios de Medicaid y los reglamentos.

Están son las maneras que puede obtener su beneficio:

1. Compre usando su tarjeta de beneficios OTC en las tiendas Walgreens, Walmart, Dollar General, Family Dollar y minoristas participantes. Escane el código de barras al finalizar su compra.
2. Haga pedidos a través del internet o con la aplicación en su teléfono inteligente para entrega a domicilio.
3. Llame para hacer un pedido. Tenga listo los nombres de los productos que quiere, su número de tarjeta de OTC, y la dirección a donde se van entregar los productos.
4. Ordene por correo. Llame para pedir un catálogo y la forma para pedir la orden. Llene el formulario y envíelo por correo. Permita unos 3 a 7 días a partir que recibieron su orden para usted recibir sus productos.
5. Todos los pedidos deben comprarse en tiendas participantes o través de locales aprobados por el plan.

Después del pago del plan, usted es responsable del costo restante.

Por favor comuníquese con Servicios al miembro si tiene preguntas sobre este beneficio.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de hospitalización parcial La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.	Hay un coseguro de 0% para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. <i>Se aplican las reglas de autorización.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico	Hay un coseguro de 0% para los servicios médicos/profesionales cubiertos por Medicare, incluidas las visitas al consultorio del médico.
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de tele salud, incluidos para los siguientes casos: atención primaria y servicios especializados. • Tiene la opción de recibir estos servicios ya sea mediante una consulta en persona o de tele salud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de tele salud, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de tele salud. • Servicios de tele salud para las consultas mensuales relacionadas con una ESRD para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de tele salud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de una apoplejía aguda.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico (continuación)	
• Breves consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su médico: <u>si</u> es un paciente registrado <u>y</u> la consulta virtual no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores, ni es anterior a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana. • Evaluación remota de video pregrabado o imágenes que usted envía a su médico, incluida la interpretación del médico y el seguimiento dentro de las 24 horas: <u>si</u> es un paciente registrado <u>y</u> la evaluación remota no está relacionada con una consulta en el consultorio dentro de los 7 días anteriores, ni es anterior a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más cercana. • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o evaluación de registro de salud electrónico: <u>si</u> es un paciente registrado. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. Cubrimos seis (6) visitas para la atención de podometría de rutina como un beneficio suplementario.	Hay un coseguro de 0% para los servicios de podometría cubiertos por Medicare Debe utilizar un proveedor que esté en nuestra red para el beneficio suplementario.
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección).	Hay un coseguro de 0% para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare y suministros relacionados. <i>Se aplican las reglas de autorización.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Hay un coseguro de 0% para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. <i>Se aplican las reglas de autorización.</i>
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 55 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 30 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales	Hay un coseguro de 0% para los servicios cubiertos por Medicare para tratar la enfermedad renal.
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).	
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	

Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)

(En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF”, por “Skilled Nursing Facility”).

Debe ingresar al SNF en un corto período de tiempo (generalmente 30 días) de salir del hospital y necesita servicios calificados relacionados con su estancia en el hospital. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería especializada.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).
- Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.
- Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF.
- Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF.
- Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF.
- Servicios de médicos o profesionales.

Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.

Cada período de beneficios usted paga:

- \$0 por días 1–100
- Todos los costos después de 100 días.

Un período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si usted va a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios que puede tener.

Se aplican las reglas de autorización.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación) • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico. • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	Hay un coseguro de 0% para la terapia de ejercicio supervisado cubierta por Medicare (SET, por sus siglas en inglés). <i>Se aplican las reglas de autorización.</i>
Transporte – no-urgente Cobertura de transporte rutinario se limita a ubicaciones aprobadas por el plan (dentro del servicio local del área) proporcionado al contactar a los contratistas proveedores de transporte en nuestro plan. Si necesita que lo llevemos, llámenos al menos 48 horas antes de tiempo.	• \$0 copago • 32 viajes sencillos al año.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red.	Hay un coseguro de 0% para los servicios que Medicare están cubiertos con medicare que necesitan con urgencia en los Estados Unidos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • Bajo nuestros beneficios suplementarios, los miembros pueden recibir hasta \$200 cada año para exámenes oculares de rutina, anteojos (marcos y lentes) y/o lentes de contacto.	No hay coseguro, copago o deducible para los servicios de cuidado de la visión cubiertos por Medicare.

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

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)

Los siguientes servicios no están cubiertos por El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), pero están disponibles a través de Medicaid:

- Administración de Casos
- Exención de Servicios para el Hogar y la Comunidad (HCS por sus siglas en inglés)
- Servicios de exención de instalaciones de enfermería
- Cuidado a largo plazo
- Servicios de Cuidado Personal
- Programa de Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS por sus siglas en inglés)
- Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD por sus siglas en inglés)
- Programa para Niños Medicamentos Dependientes (MDCP por sus siglas en inglés)
- Programa de STAR +PLUS (bajo el programa de extensión de Texas Healthcare Transformation and Quality Improvement)
- Extensión de Texas Home Living

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

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

En esta sección, se describen los servicios “excluidos”. “Excluidos” significa que el plan o Medicare no cubre estos servicios.

En el siguiente cuadro, se describen algunos servicios y suministros que no están cubiertos por el plan o Medicare bajo ningún concepto o están cubiertos por el plan o Medicare solamente bajo condiciones específicas.

Nosotros, ni Medicare, no pagaremos por los servicios médicos excluidos enumerados en la siguiente tabla, excepto bajo las condiciones específicas mencionadas. Única excepción: pagaremos en caso de que un servicio de la siguiente tabla sea un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación en particular. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde cubrir un servicio médico, lea el Capítulo 9, Sección 6.3 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones sobre los servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la siguiente tabla.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		✓ Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Habitación privada en el hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
* El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✓ - Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. - Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención odontológica que no sea de rutina.		✓ Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Atención quiropráctica de rutina.		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Zapatos ortopédicos.		✓ Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
Dispositivos de apoyo para los pies.		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratometría radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		✓ Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Acupuntura.	✓	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	

* El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

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

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	116
Sección 1.1	En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D.....	116
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D.....	117
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	117
Sección 2.1	Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red	117
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red.....	117
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan	118
Sección 2.4	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	119
Sección 2.5	Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan.....	120
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	120
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	121
Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	123
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	123
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	123
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones hay?	123
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?	124
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	125
Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera	125
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?.....	125
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	129
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año.....	129

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

Sección 6.2	¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?	130
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	132
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	132
SECCIÓN 8	Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta	132
Sección 8.1	Muestre la tarjeta de miembro	133
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?	133
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	133
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?	134
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?	134
Sección 9.3	¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?	135
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	135
Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura	135
Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides	136
Sección 10.3	Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	137

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

**¿Cómo puede obtener información sobre el costo de los medicamentos?**

Como usted es elegible para Medicaid, califica para obtener la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados. Debido a que forma parte del programa “Ayuda Adicional”, es posible que cierta información en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados Parte D no corresponda a su caso. Le hemos enviado un anexo, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para la compra de medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos” o “LIS Rider”), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D**

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. En el próximo capítulo se describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 4, *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de la cobertura para los medicamentos de la Parte D El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de los beneficios de Medicare Parte A, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que recibe durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de beneficios Medicare Parte B, nuestro plan cubre ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables administrados durante una visita al consultorio y los medicamentos administrados en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*), se describen los beneficios y costos de medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como los costos y beneficios para los medicamentos de la Parte B.

Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*). Para obtener información sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección sobre hospicio del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*).

En la siguiente sección se describe la cobertura de sus medicamentos según las normas de los beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados se encuentran cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con su oficina estatal de Medicaid para obtener más información sobre lo que está cubierto por el programa Medicaid (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web www.ephmedicare.com o llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si se cambia de una farmacia de la red a otra y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le escriba una receta nueva o que su receta se transfiera a la farmacia nueva de la red.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.ephmedicare.com.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.

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

- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados como NDS (suministro de día no extendido) en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro de hasta 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros. El número de teléfono figuran en la contraportada de este folleto.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 7-10 días como máximo. Si su receta se retrasa y la causa del retraso es culpa de la farmacia por correo, entonces la farmacia del pedido por correo acelerará el envío sin costo para usted. Si su receta se retrasará y se quedará sin medicamentos, la farmacia por correo puede transferir la receta a una farmacia minorista local para que la recoja.

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

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si la quería antes de enviarla, puede ser elegible para un reembolso.

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

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Para informar las preferencias de comunicación, puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros están impresos en la contratapa de este folleto.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

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

1. **Algunas farmacias minoristas** de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con como NDS (suministro de día no extendido) en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite que solicite un suministro del medicamento para 90 días. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

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

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

- Usted está viajando dentro de los Estados Unidos y experimenta una emergencia médica o atención urgentemente necesaria.
- Usted está viajando dentro de los Estados Unidos y se enferma, pierde o se queda sin sus medicamentos recetados.

En estos casos, **primero consulte con Servicios para los miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

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

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

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

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados se encuentran cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le indica cómo conocer sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid.

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

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

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir que la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).
- *O bien*, esté avalado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information de Información DRUGDEX. Para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

Algunos medicamentos podrían estar cubiertos para algunas afecciones, pero se considera que no figuran en el Formulario para otras afecciones. Los medicamentos que tienen cobertura solo para algunas afecciones se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en Medicare Plan Finder), junto con las afecciones específicas que cubren.

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

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

¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.
- Para obtener información adicional sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debería comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6).

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

Hay 3 formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente. La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información de los medicamentos cubiertos que son más comúnmente utilizados por

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

nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si algún medicamento no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros para averiguar si lo cubrimos.

2. Visite el sitio web del plan www.ephmedicare.com. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

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

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

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

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9).

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

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

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

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. **Cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico o ha escrito “sin sustitución” en la receta para un medicamento de marca o nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la autorización del plan por adelantado

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

Probar un medicamento diferente primero

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

Limitaciones de la cantidad de medicamento

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

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

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

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web www.ephmedicare.com.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9).

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

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

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

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

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

- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

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

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

Puede obtener un suministro temporal

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

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

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

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

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

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**
Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es miembro nuevo en el plan y durante los primeros 90**

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

días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado. Este suministro temporal será para un máximo de **30 días**. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 30 días de medicamentos. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario a la situación de suministro temporal anteriormente mencionada.

Niveles de Atención

El proceso de transición de El Paso Health Advantage Dual SNP prevé otras circunstancias que existen en las que podrían surgir transiciones no planificadas para los miembros actuales y en las que los regímenes de medicamentos prescritos pueden no estar en nuestro formulario. Estas circunstancias generalmente implican el nivel de cambios de atención para un miembro que está cambiando de un ajuste de tratamiento a otro, tales como:

1. Miembros que ingresan a centros de atención a largo plazo (LTC) de hospitales con una lista de alta de medicamentos del formulario del hospital con una planificación a muy corto plazo tomada en cuenta (es decir, menos de 8 horas).
2. Miembros que son dados de alta de un hospital a un hogar con una planificación a muy corto plazo.
3. Miembros que terminan su centro de enfermería especializada Medicare Parte A estadia (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que necesitan volver a su formulario del plan de la Parte D.
4. Miembros que renuncian al estatus de hospicio para volver a los beneficios estándar de la Parte A y B de Medicare.
5. Los miembros que terminan una instalación en un LTC y regresan a la comunidad.
6. Miembros que son dados de alta de hospitales psiquiátricos con regímenes de drogas altamente individualizados.
7. Las circunstancias anteriores a menudo resultan en miembros y/o proveedores que utilizan los procesos de excepciones y/o apelaciones de El Paso Health Advantage Dual SNP. Para estas transiciones no planificadas, El Paso Health Advantage Dual SNP hace determinaciones de cobertura y redeterminaciones tan rápidamente como la condición de salud del miembro requiere.

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

8. El proceso de transición de El Paso Health Advantage Dual SNP garantiza la conciliación adecuada de medicamentos para los miembros al ser dado de alta de las instalaciones de LTC u otras instalaciones, de modo que se pueda lograr una transición efectiva.
 - a. El estándar actual de atención promueve que los cuidadores reciban recetas ambulatorias de la Parte D antes del alta de una estancia en la Parte A. Los miembros, sin culpa propia, pueden no tener acceso al resto de la receta previamente dispensada.
 - b. El Paso Health Advantage Dual SNP permite al miembro acceder a una recarga al ingresar o descargar de una instalación de LTC.
9. El Paso Health Advantage Dual SNP utiliza datos de reclamos para determinar si el miembro ha experimentado un cambio de nivel de cuidado y permite un relleno de transición cuando corresponda. Cuando los datos de reclamos no se pueden utilizar para determinar un cambio de nivel de cuidado, una farmacia puede necesitar llamar a Navitus Servicios de Miembros para procesar una anulación del punto de venta con el fin de realizar este tipo de relleno de transición.

Para pedir un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono están la contraportada de este folleto).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

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

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

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

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

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

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

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad para incluir cambios que se hayan realizado después de la última actualización. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

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

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones.
 - Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
 - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.]
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, algún medicamento puede retirarse del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
 - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.

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

- **Otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos**

- Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y suministrarle un resurtido para 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
- O bien, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Cambios sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman ese medicamento: por cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del siguiente año si permanece en el plan:

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

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año por cualquier cambio sobre los medicamentos.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?****Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos**

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. La única excepción es la siguiente: que se determine que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9 de este folleto). Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo.

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - En general, la cobertura del “uso para una indicación no autorizada” solo se permite cuando esté sustentada por libros de referencia específicos. Estos libros de referencia son: American Hospital Formulary Service Drug Information, Sistema de Información DRUGDEX. Para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso para una indicación no autorizada”.

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare. No obstante, algunos de estos medicamentos están cubiertos bajo los planes de medicamentos de Medicaid. Para obtener información adicional sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debería comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6).

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.

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

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

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

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

Para obtener su medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

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

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

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 5 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

Tenga en cuenta lo siguiente: cuando usted ingresa a un centro de atención de enfermería especializada, reside en este o sale de él tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 8, *Cancelación de su membresía en el plan*, se explica cómo puede dejar de participar en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

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

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

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

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

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

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

medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer.

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

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

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D, Capítulo 6 (Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D), que ofrecen más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que usted debe pagar.

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

Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura
---------------------	--

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones

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

son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

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

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

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

Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides
---------------------	--

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta u otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso que haga de estos medicamentos sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que usted corre riesgo de usar inadecuadamente o incorrectamente sus medicamentos opioides o benzodiazepina, podemos limitar la manera en que obtiene estos medicamentos. Estas limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en una farmacia.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de un médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

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

Si decidimos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a su caso, le enviaremos una carta por anticipado. La carta tendrá información que explicará las condiciones de las limitaciones que consideramos que debemos aplicar a su caso. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de usar incorrectamente los medicamentos con receta o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 7.

El DMP puede no aplicarse a su caso si usted tiene determinadas afecciones, como cáncer, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias afecciones médicas, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y los costos de sus medicamentos son elevados.

Este programa es voluntario(s) y gratuito(s) para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede(n) ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando.

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

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

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

CAPÍTULO 6

*Lo que le corresponde pagar por los
medicamentos con receta de la
Parte D*

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	142
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos.....	142
Sección 1.2	Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos	143
SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento	143
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)?.....	143
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	145
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)	145
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos.....	145
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos	147
Sección 4.1	Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado \$435 por sus medicamentos.....	147
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.....	147
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene	147
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento	147
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo.....	149
Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento <i>a largo plazo</i> para: hasta 90 días.....	149
Sección 5.5	Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los \$6,350	150

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Sección 5.6	Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta.....	150
SECCIÓN 6	No hay brecha de cobertura para El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)	153
Sección 6.1	Usted no tiene una brecha de cobertura para sus medicamentos de la Parte D	153
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	153
Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año	153
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene.....	153
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna.....	153
Sección 8.2	Usted puede llamar a Servicios para los miembros antes de administrarse una vacuna.....	155

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Como usted es elegible para Medicaid, califica para obtener la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados. Debido a que forma parte del programa “Ayuda Adicional”, es posible que cierta información en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados Parte D no corresponda a su caso. Le hemos enviado un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos
--------------------	---

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D, algunos 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 Medicare Parte A o Parte B o por Medicaid.

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.** Para simplificar las cosas, utilizamos la denominación “Lista de medicamentos”.
 - Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.ephmedicare.com. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5, se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- **El Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). El *Directorio de farmacias* tiene una lista de farmacias en la red del plan. También le explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2	Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos
--------------------	--

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido”; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El “**coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento
------------------	---

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)?
--------------------	---

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de pago de los medicamentos” que corresponden a su cobertura de medicamentos con receta según El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP). El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido.

Etapas	Etapas	Etapas	Etapas
Etapas	Etapas	Etapas	Etapas
Etapas <i>Etapas</i>	Etapas <i>Etapas</i>	Etapas <i>Etapas</i>	Etapas <i>Etapas</i>
Como no hay un deducible para el plan, esta etapa no aplica a usted. Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, esta etapa de pago no se aplica a usted. (Los detalles se encuentran en la Sección 4 de este capítulo.)	Usted comienza esta etapa cuando llena su primer medicamento recetado del año. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Permanece en esta etapa hasta que los “costos que paga de su bolsillo” (sus pagos) alcancen \$6,350 (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Debido a que no hay período sin cobertura para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2020). (Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo).

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

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

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces se lo denomina “EOB”) cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. Aquí encontrará lo siguiente:

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

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia de medicamentos, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (una EOB) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 4 No hay un deducible para El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)

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

No hay un deducible para El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP). Usted comienza la Etapa de cobertura inicial cuando llena su primera receta del año. Vea la Sección 5 para más información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el copago o monto de coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista que está en la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, la parte que le corresponde del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- El “coseguro” significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel en el que está su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Paga el precio completo del medicamento o el monto del copago, *el que sea menor*.
- Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 555 para obtener más detalles). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 Genérico	Usted paga un copago de \$0; Copago de \$1.30; Copago de \$3.60; o el 15 % del total	Usted paga un copago de \$0; Copago de \$1.30; Copago de \$3.60; o el 15 % del total	Usted paga un copago de \$0; Copago de \$1.30; Copago de \$3.60; o el 15 % del total	Usted paga un copago de \$0; Copago de \$1.30; Copago de \$3.60; o el 15 % del total
Nivel 111 Otros medicamentos	Usted paga un copago de \$0; Copago de \$3.90; o copago de \$8.95 o 15% del total	Usted paga un copago de \$0; Copago de \$3.90; o copago de \$8.95 o 15% del total	Usted paga un copago de \$0; Copago de \$3.90; o copago de \$8.95 o 15% del total	Usted paga un copago de \$0; Copago de \$3.90; o copago de \$8.95 o 15% del total

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo**

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

El monto que paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el *monto* que pagará será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
 - A continuación, le presentamos un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es \$30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es \$1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será \$1 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta para no tener que ir tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a largo plazo para: hasta 90 días

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

es para hasta 90 días. (Para más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo para hasta 90 días.

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta 90 días)	Costo compartido de pedido por correo hasta 90 días)
Nivel 1 Genérico	Usted paga un copago de \$0; Copago de \$1.30; Copago de \$3.60; o el 15% del total	You pay \$0 copay; \$3.90 copay; or \$8.95 copay or 15% of total
Nivel 1 Otros medicamentos	Usted paga un copago de \$0; Copago de \$3.90; o copago de \$8.95 o 15% del total	Usted paga un copago de \$0; Copago de \$3.90; o copago de \$8.95 o 15% del total

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los \$6,350

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue al **límite de \$6,350 para la Etapa de cobertura inicial**.

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que pague de su bolsillo totales alcancen los \$6,350. Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. (Consulte la Sección 5.6 para obtener información sobre cómo Medicare cuenta los gastos que paga de su bolsillo). Cuando usted llega al límite de \$6,350 que paga de su bolsillo, sale de la Etapa inicial del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.]

La *Explicación de beneficios* (EOB) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier otro tercero, han gastado en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$6,350 en un año.

Le informaremos cuando alcance el monto de: \$6,350. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Sección 5.6	Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta
--------------------	---

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando usted llega al límite de \$6,350 que paga de su bolsillo, sale de la Etapa de cobertura inicial y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **puede incluir** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La Etapa del deducible.
 - La Etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúa en su nombre **otra persona u organización**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa “Ayuda adicional” de Medicare.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de \$6,350 en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Cuando suma los costos que paga de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos con receta:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- 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 cubiertos únicamente por Medicaid
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin la cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de \$6,350 en el año, en este informe, se le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 6 No hay brecha de cobertura para El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)

Sección 6.1	Usted no tiene una brecha de cobertura para sus medicamentos de la Parte D.
--------------------	--

No hay brecha de cobertura para El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP). Una vez que salga de la etapa de cobertura inicial, pasará a la etapa de cobertura catastrófica. Consulte la Sección 7 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Catastrófica.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año
--------------------	---

Usted reúne las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de \$6,350 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos.

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

Sección 8.1	Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna
--------------------	---

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que son consideradas beneficios médicos. Usted puede conocer la cobertura de estas vacunas al revisar la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina “colocación” de la vacuna).

¿Qué paga por una vacuna de la Parte D?

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

1. **El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede conocer su cobertura de estas vacunas si lee el Capítulo 4, Tabla de beneficios (los servicios cubiertos y lo que usted paga).
 - Otras vacunas son consideradas Medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Lista de medicamentos cubiertos del plan (formulario).
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacuna.**

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna en sí como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan el reintegro de nuestra parte del costo.
- Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la administración la vacuna, usted no pagará nada o sólo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, existen tres formas comunes de recibir la administración de una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa del deducible de su beneficio.

Situación 1: usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su coseguro o copago por la vacuna y el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: la vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- Entonces podrá pedirle al plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que usted pagó menos el coseguro o copago normal por la vacuna (incluida la administración)

Situación 3: usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se le administrará.

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por la administración de la vacuna.

Sección 8.2	Usted puede llamar a Servicios para los miembros antes de administrarse una vacuna
--------------------	---

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero a Servicios para los miembros cuando esté planeando vacunarse. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle la parte que le corresponde del costo.
- Le podemos decir cómo mantener su propio costo bajo si acude a proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para conseguir que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos	158
Sección 1.1	Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de sus medicamentos cubiertos, puede solicitarnos el reembolso.....	158
SECCIÓN 2	Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido	160
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	160
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no.....	161
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el medicamento y cuánto debemos.....	161
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento, puede presentar una apelación	162
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias	162
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo	162

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de sus medicamentos cubiertos, puede solicitarnos el reembolso**

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

Si ya ha pagado los servicios o medicamentos cubiertos por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le reintegre el dinero (por lo general, los reintegros se denominan “reembolsos”). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reintegraremos el costo de los servicios o medicamentos.

A continuación, se enumeran ejemplos de situaciones en las que puede solicitar a nuestro plan un reintegro o que paguemos una factura que usted recibió.

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

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de red que cree que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos ponemos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le paguemos por la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que adeudaba bajo el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por los medicamentos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación para que coordinemos su reembolso.

Llame a Servicios para los miembros para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

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

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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

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

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos

obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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

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

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

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se llama tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que debe ser cubierto, pagaremos por nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 de este folleto (Qué debe hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con el recibo que documente el pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de los recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web www.phmedicare.com o llame a Servicios para los miembros y pida el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos

Para servicios médicos: Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier recibo a esta dirección:

El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)
Attn: Claims Department
P.O. Box 971100
El Paso, Texas 79997-1100

Para servicios médicos de la Parte D: Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier recibo a esta dirección:

El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)
Attn: Health Services Department – Pharmacy
P.O. Box 971100
El Paso, Texas 79997-1100

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si no sabe lo que debería haber pagado, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

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

Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el medicamento y cuánto debemos
--------------------	--

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

- Si decidimos que el medicamento está cubierto y que usted ha cumplido todas las normas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para cubrir sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos

una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento, puede presentar una apelación
--------------------	--

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

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 5, puede pasar a la sección del Capítulo 9 para obtener una explicación paso a paso sobre cómo presentar una apelación.

- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 7.5 del Capítulo 9.

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

Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo
--------------------	---

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

Aquí hay dos situaciones en las que debe enviarnos los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

- 1. Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos**

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de los costos de medicamentos cubiertos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** como usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Debido a que no está solicitando un pago en ninguno de los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan	166
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.).....	166
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos	167
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal	167
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	167
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	170
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado	172
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?.....	172
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	173
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	173
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	173

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan inglés. El material escrito está disponible en español y otros idiomas bajo petición. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de El Paso Health, el Director de Cumplimiento.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de cobertura o en este correo se incluye la información de contacto o también puede comunicarse con Servicios para los miembros para obtener información adicional.

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

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact El Paso Health's Chief Compliance Officer, Civil Rights Coordinator.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services Department by calling, (866) 440-0012, 7 days a week, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., local time. TTY users, please call 711. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) for additional information.

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3, se proporcionan más detalles sobre este tema). Llame al Departamento de Servicios para los miembros a fin de conocer qué médicos aceptan a nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto). También tiene derecho a consultar a un especialista en atención médica para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión. No requerimos que reciba referencias para ir a proveedores de la red.

Como miembro del plan, usted tiene derecho a recibir consultas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención. También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados o renovaciones de recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

Si usted considera que no recibe atención médica o medicamentos de la Parte D en un período razonable de tiempo, lea el Capítulo 9, Sección 11 de este folleto para saber cómo proceder. (Si hemos rechazado la cobertura por su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 9, Sección 5 se explica lo que debe hacer).

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

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	--

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

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de medicamentos con receta de Medicare.

- **Información acerca de nuestras farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y la forma en que nosotros pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) Directorio de Proveedores.
 - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte [El Paso Health Advantage Dual SNP \(HMO D-SNP\) Directorio de Farmacias](#).
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores de farmacias, puede llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en www.ephmedicare.com.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se describen los servicios médicos que están cubiertos para usted, las restricciones para su cobertura y las normas que debe seguir para obtener los servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener los detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D, lea los Capítulos 5 y 6 de este folleto y también la Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan. En estos capítulos y también en la lista de medicamentos cubiertos (formulario), se detallan los medicamentos que están cubiertos y se explican las normas que usted debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
 - Si un medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el medicamento de una farmacia fuera de la red.
 - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).

- Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte que le corresponde del costo de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	---

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando recibe atención. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.
- **Tiene derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.
- **Tiene derecho a recibir una explicación si se deniega cobertura para su atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nosotros si un proveedor se ha denegado a proporcionarle atención que usted considera debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de este folleto, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura del plan.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

En Texas, si no deja instrucciones sobre lo que se debe hacer si no es capaz de tomar decisiones médicas por sí mismo, se nombrará a una persona o grupo de personas para tomar decisiones médicas por usted. Una vez más, siempre tiene derecho a dejar instrucciones para su atención médica.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el “**testamento vital**” y el “**poder de representación para la atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante KEPRO, la Organización para la Mejora de la Calidad de Texas. Llame al número gratuito 888-315-0636 o revise el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información de contacto adicional.

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 7 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

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

- Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections” (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>.)
 - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan
------------------	--

Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?
--------------------	---

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Familiarícese con sus medicamentos cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto Evidencia de cobertura aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos medicamentos cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
 - Los capítulos 5 y 6 dan los detalles sobre su cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** Llame a Servicios para los miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
 - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los medicamentos cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica la coordinación de los beneficios de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Dígales a su médico y su farmacéutico que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada. **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - A fin de ser elegible para nuestro plan, usted debe tener Medicare Parte A y Parte B. Para la mayoría de los miembros de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Medicare, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan

- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento. Esto será un copago (un monto fijo) O un coseguro (un porcentaje del costo total. El Capítulo 6 explica lo que debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
- Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
 - **Incluso si se muda dentro del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicios para los miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar a Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto.

Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

*Qué debe hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de
cobertura, apelaciones, quejas)*

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

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

ANTECEDENTES	180
SECCIÓN 1 Introducción.....	180
Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud	180
Sección 1.2 Acerca de los términos legales	180
SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros	180
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	181
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	182
Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso para beneficios de Medicare o de Medicaid? .	182
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICARE	183
SECCIÓN 4 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare	183
Sección 4.1 ¿Debería usar usted el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debería usar el proceso para presentar quejas?.....	183
SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones	183
Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades	183
Sección 5.2 Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación.....	18484
Sección 5.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?	186
SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	186
Sección 6.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro de su atención.....	186
Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o provea la cobertura por atención médica que usted desea).....	188
<u>Segundo paso:</u> Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.	190

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

	<u>Tercer paso:</u> Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, decidirá si desea presentar una apelación.	191
Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura pro atención médica tomada por nuestro plan).....	192
Sección 6.4	Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2.....	195
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos está pidiendo que le pagemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?	197
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	199
Sección 7.1	En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento de la Parte D.....	199
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	201
Sección 7.3	Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones	203
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	203
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)	207
Sección 7.6	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2.211Error! Bookmark not defined.	
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto	213
Sección 8.1	Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos	214
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	215
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	218
Sección 8.4	¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?	220
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	223
Sección 9.1	<i>En esta sección, se describen tres servicios solamente:</i> servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF)	223
Sección 9.2	Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura	224

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

Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	225
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	229
Sección 9.5	¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?	230
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	233
Sección 10.1	Apelación de niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicio médico.....	233
Sección 10.2	Apelación de niveles 3, 4 y 5 para Apelaciones por Medicamentos Parte D	235
SECCIÓN 11	Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos	237
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?	237
Sección 11.2	“Hacer una queja” se conoce formalmente como “presentar/hacer un reclamo”	240
Sección 11.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja	240
Sección 11.4	También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejora de Calidad	241
Sección 11.5	También puede informarle su queja a Medicare	242
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID.....		242
SECCIÓN 12	Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid	242

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**ANTECEDENTES****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud**

1. En este capítulo se describen los procesos para tratar problemas e inquietudes. El proceso que se debe utilizar para tratar un problema depende de dos factores: 1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid. Si desea recibir ayuda para decidir si utilizará el proceso de Medicare, el proceso de Medicaid o los dos, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).
2. El tipo de problema que usted tiene:
 - Para algunos tipos de problemas, usted deberá recurrir al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.
 - Para otros tipos de problemas, usted deberá recurrir al proceso de presentación de quejas.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar un trato justo y rápido de sus problemas, cada proceso tiene ciertas normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

¿Cuál de los dos procesos debe utilizar? La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso que corresponde utilizar.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

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

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y asistencia en caso de tener algún problema, también puede comunicarse con Medicare. Existen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

- Texas Health and Human Services: Llame al 1-800-252-8263 o al 211 de 8 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes, los usuarios de TTY deben llamar al 711, este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar. Escritura: HHSC, P.O. Box 149024, Austin, Texas 78714-9024. Visite el sitio web de Medicaid <https://yourtexasbenefits.hhsc.texas.gov/programs/health>.

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso para beneficios de Medicare o de Medicaid?

Dado que usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, cuenta con procesos diferentes que puede utilizar para tratar un problema o una queja. El proceso que utiliza depende de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea recibir ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicio al Miembro (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en partes diferentes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la tabla a continuación.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **EMPIECE AQUÍ.**

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

(Si desea recibir ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

Mi problema está relacionado con los beneficios de Medicare.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4**, “Cómo tratar problemas relacionados con los beneficios de Medicare”.

Mi problema está relacionado con la cobertura de Medicaid.

Pase directamente a la Sección 12 de este capítulo, “Cómo tratar problemas relacionados con los beneficios de Medicaid”.

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

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debería usar usted el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debería usar el proceso para presentar quejas?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación lo ayudará a identificar la parte correcta de este capítulo que trate sobre problemas y quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud relacionados con los beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas para determinar si determinados servicios de atención médica o medicamentos recetados están cubiertos o no, la modalidad de dicha cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Continúe con la próxima sección de este capítulo, la Sección 5, “Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones”.

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Pase directamente a la Sección 11 al final de este capítulo: “Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas”.

SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades

El proceso de solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza en el caso de problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, incluso problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que debe utilizar para

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

saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto. Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (que lo favorece) siempre que le presta atención médica o si lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso.

En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no se encuentra cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

En caso de no estar de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar que estamos cumpliendo con todas las normas correctamente. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión desfavorable original, son los encargados de manejar su apelación. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una decisión de cobertura rápida o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si contestamos negativamente a toda o parte de su Apelación de Nivel 1, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es conducida por una organización independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2). Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, podrá recurrir a niveles adicionales de apelación.

Sección 5.2	Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	---

¿Necesita ayuda? Estos son los recursos que puede usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

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

- Puede **llamarnos al Departamento de Servicios para los miembros** (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).
- Para **obtener asistencia gratuita de una organización independiente** que no está relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (lea la Sección 2 de este capítulo).
- Su médico puede realizar la solicitud por usted.
 - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el nivel 1, se derivará en forma automática al nivel 2. Para solicitar una apelación pasado el nivel 2, su médico debe ser nombrado su representante.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su médico y otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación pasado el Nivel 2, su médico u otro recetador debe ser nombrado su representante.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguna persona que ya se encuentra legalmente autorizada para actuar como su representante según las leyes del Estado.
 - Si usted desea nombrar a un amigo, familiar, médico u otro proveedor como su representante, llame al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto) y solicite el formulario “Designación del representante”. (El formulario también se encuentra disponible en la página web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web www.ephmedicare.com). El formulario le concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, usted no está obligado a contratar a un abogado para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?**

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene normas y plazos diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección diferente:

- **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 de una internación en hospital más prolongada si considera que el médico le está dando 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: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés).

Si aún no está seguro de qué parte debe consultar, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto). También puede pedir asistencia o información de organizaciones gubernamentales como el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico que le corresponde (en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto, encontrará los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (Una guía de “los conceptos básicos” de decisiones de cobertura y apelaciones)? Si no la ha leído, debería leerla antes de comenzar con esta sección

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

Sección 6.1	En esta parte se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro de su atención
--------------------	---

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: Tabla de beneficios (servicios cubiertos). Para simplificar, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención médica o tratamiento o servicios médicos” en cada ocasión.

En esta sección se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan.
3. Ha recibido atención o servicios médicos que considera deben estar cubiertos por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención.
4. Ha recibido y pagado por atención o servicios médicos que considera que deben estar cubiertos por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención.
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud.
 - **NOTA: Si la cobertura que se va a interrumpir es por atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF),** usted deberá leer otra parte de este capítulo, ya que rigen normas especiales para estas modalidades de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:
 - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en hospital más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.*
 - Capítulo 9, Sección 9: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que la cobertura finaliza demasiado pronto.* En esta sección, se describen tres servicios solamente: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).
 - Para todas las demás situaciones en que se le informa que la atención médica que ha estado recibiendo será cancelada, lea esta sección (Sección 6) como guía sobre qué hacer.

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

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea averiguar si cubriremos la atención o los servicios médicos que necesita?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Continúe con la próxima parte de este capítulo, la Sección 6.2.
¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico del modo que usted quisiera?	Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Pase directamente a la Sección 6.3 de este capítulo.
¿Quiere solicitarnos que le reintegremos gastos por atención o servicios médicos que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Pase directamente a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o provea la cobertura por atención médica que usted desea)
--------------------	---

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama “determinación de organización”.

Primer paso: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por la atención médica que solicita. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “determinación acelerada”.

Cómo solicitar cobertura por la atención médica que usted desea

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

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada: *Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura por su atención médica.*

Generalmente, utilizamos los plazos estándares para comunicarle nuestra decisión

Cuando le informemos nuestra decisión, aplicaremos los plazos “estándares” a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le comunicaremos una respuesta dentro de los 14 días naturales después de recibir su solicitud para un artículo médico o servicio. Si su solicitud es para un medicamento recetado en Medicare Parte B, le informaremos nuestra respuesta dentro de 72 horas de haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo**, para una solicitud para un artículo o servicio médico nos **podemos extender hasta 14 días naturales** más si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información (como por ejemplo pedirles la historia clínica a proveedores fuera de la red) que lo pueda beneficiar. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si considera que **no** debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura acelerada significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas.**
 - **Sin embargo**, para una solicitud para un artículo o servicio médico nos **podemos extender hasta 14 días naturales** más si descubrimos que falta información (como por ejemplo la historia clínica elaborada por proveedores fuera de la red) que lo puede beneficiar o si usted necesita tiempo para brindarnos información para la revisión. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
 - Si considera que **no** debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de extender el plazo. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Nos comunicaremos con usted tan pronto como hayamos tomado la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**

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

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida solamente si está solicitando cobertura por atención médica que aún no ha recibido. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de atención médica que ya ha recibido).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto su salud como su capacidad de funcionar **pueden resultar perjudicadas**.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación (y, en su lugar, aplicaremos los plazos estándares).
 - Esta carta le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le informará cómo puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Segundo paso: Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura “rápida”***

- Generalmente, para decisiones de cobertura rápidas a una solicitud para un artículo o servicio médico, le informaremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado en Medicare Parte B, le informaremos nuestra respuesta **dentro de 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, el plazo se puede extender hasta 14 días naturales más en ciertas circunstancias. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
 - Si considera que **no** debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas (o si se establece un plazo extendido, al final de dicho plazo), tiene derecho a presentar una apelación. En la siguiente Sección 6.3 describimos los pasos a seguir para presentar una apelación.

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

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura de atención médica que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura sobre su solicitud para un artículo o servicio médico, autorizaremos o proveeremos la cobertura al finalizar dicho plazo extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita detallada para explicarle por qué nuestra respuesta fue negativa.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

- Generalmente, para una decisión de cobertura estándar a una solicitud para un artículo o servicio médico, le informaremos nuestra respuesta dentro de los **14 días naturales después de haber recibido su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento recetado en Medicare Parte B, le informaremos nuestra respuesta dentro de **72 horas** de haber recibido su solicitud.
 - Para una solicitud para un artículo o servicio médico, el plazo puede extenderse hasta 14 días naturales más (“un plazo de tiempo extendido”) en ciertos casos. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
 - Si usted cree que no debemos de tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando usted presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Para más información sobre el proceso de como presentar una queja, incluyendo una queja rápida, vea la Sección 11 de este capítulo.
 - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 14 días naturales (o si se establece un plazo de tiempo extendido, al final de dicho plazo), tiene derecho a presentar una apelación. En la siguiente Sección 6.3 describimos los pasos a seguir para presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de los 14 días naturales después de haber recibido su apelación. Si extendimos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura sobre su solicitud para un artículo o servicio médico, autorizaremos o proveeremos la cobertura al finalizar dicho plazo extendido.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Tercer paso: Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, decidirá si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos –y tal vez cambiemos – esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa que hará otro intento por obtener la cobertura de atención médica que usted desea.

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

- Si decide presentar una apelación, eso significa que ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la siguiente Sección 6.3).

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura pro atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales

Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama “reconsideración”.
--

Primer paso: Usted se comunica con nosotros y presenta la apelación. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, lea el Capítulo 2, Sección 1 y busque una sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación por su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que se muestra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando está presenta una apelación sobre su atención médica*).
 - Si alguna otra persona, además de su médico, apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un Formulario para nombramiento del representante en el que se autorice a esa persona a que lo represente. (Para obtener el formulario, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros [los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto] y solicite el formulario “Designación del representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web www.ephmedicare.com). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos comenzar o completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días naturales después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será destituida. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

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

- **Si usted solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** por teléfono al número indicado en el Capítulo 2, Sección 1 (Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación por su atención médica).
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días** naturales a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido el plazo, se pueden incluir los siguientes: tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información concerniente a su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede comunicarse con nosotros para presentar una solicitud)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se observan para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se describen más arriba en esta sección).
- Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “apelación rápida”, le otorgaremos una apelación rápida.

Segundo paso: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a revisar detalladamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.

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

- Si lo necesitamos, reunimos más información. Es probable que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos comunicarle nuestra respuesta dentro de las **72 horas de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días naturales más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más información sobre esta organización y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, enviaremos en forma automática su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos informarle nuestra respuesta a una solicitud para un artículo o servicio médico **dentro de los 30 días naturales** de recibida su apelación si su apelación es sobre cobertura por servicios que usted aún no ha recibido. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días naturales más**. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

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

- Si no le informamos nuestra respuesta antes del plazo aplicable mencionado (o antes del final del plazo extendido sobre su solicitud para un artículo o servicio médico), estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le brindamos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de los 30 días naturales de haber recibido su apelación,
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, enviaremos en forma automática su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Tercer paso: Si nuestro plan rechaza en forma parcial o total su apelación, su caso será trasladado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación, **estamos obligados a trasladar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación se traslada al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el Nivel 2.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2
--------------------	---

Si contestamos negativamente a su Apelación de Nivel 1, su caso será trasladado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “Entidad de Revisión Independiente”. A veces se denomina “IRE (por sus siglas en inglés)”.

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

Primer paso: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación “rápida” en el nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” en el nivel 2

- Si usted presentó una apelación “rápida” en el nivel 1, también recibirá automáticamente una apelación “rápida” en el nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de que haya recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que lo puede beneficiar, **podrá extender el plazo por 14 días naturales más.**

Si usted presentó una apelación “estándar” en el nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el nivel 2.

- Si usted presentó una apelación estándar en el nivel 1, también recibirá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días naturales** de que haya recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que lo puede beneficiar, **podrá extender el plazo por 14 días naturales más.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomar tiempo adicional para hacer una decisión si su solicitud es par un medicamento recetado en la Parte B de Medicare.

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

Segundo paso: La Organización de Revisión Independiente le informa su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la respuesta de la organización revisora a su solicitud para un artículo o servicio médico es total o parcialmente afirmativa**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proveer el servicio dentro de los 14 días naturales de haber recibido la decisión de la organización revisora para las solicitudes estándar o dentro de las 72 horas de la fecha en que recibimos la decisión de la organización revisora para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión responde afirmativamente a una solicitud parcial o total de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en disputa dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar o dentro de las **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión de **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, tiene derecho a realizar una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor dólar de la cobertura de atención médica que solicita debe alcanzar un valor mínimo determinado. Si el valor dólar de la cobertura que solicita es muy bajo, no podrá presentar otra apelación; lo que significa que la decisión tomada en el nivel 2 es definitiva. El aviso escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará sobre cómo conocer la suma de dinero para continuar con el proceso de apelaciones.

Tercer paso: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, deberá decidir si desea continuar con el nivel 3 y presentar una tercera apelación. En el aviso escrito que reciba después de su Apelación de Nivel 2 se incluyen los detalles sobre cómo proceder en este caso.

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

- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5	¿Qué sucede si usted nos solicita que le reintegremos una factura que usted ha recibido por atención médica?
--------------------	---

Si necesita solicitarnos el pago de atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que usted puede necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación en la que solicita un reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: Tabla de beneficios (servicios cubiertos)). También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica (estas normas se detallan en el Capítulo 3 de este folleto: Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos).

Responderemos afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. O, si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder afirmativamente a su solicitud por una decisión de cobertura.
- Si la atención médica no está cubierta o si usted no cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos los servicios y los motivos detallados por los cuales no pagaremos. (Rechazar su solicitud de pago es lo mismo que responder negativamente a su solicitud por una decisión de cobertura).

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

¿Qué sucede si solicita un pago y le informamos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted podrá presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3.

Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, nosotros debemos informarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si solicita un reintegro por atención médica que usted mismo ya ha recibido y pagado, no podrá solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar un pago, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (Una guía de “los conceptos básicos” de decisiones de cobertura y apelaciones)? Si no la ha leído, debería leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 7.1	En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento de la Parte D
--------------------	--

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. Consulte la lista de medicamentos cubiertos (Formulario) de nuestro plan. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. (Una “indicación médica aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o avalado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

- **Esta sección se refiere solamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de

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

repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “Medicamento de la Parte D”.

- Para obtener más detalles sobre lo que significa medicamentos de la Parte D, *la lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, normas y restricciones de cobertura e información de costos, lea el Capítulo 5 (*Cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Parte que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Tal como se analizó en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina “determinación de cobertura”.

A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita para sus Medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, incluidos los siguientes casos:
 - Solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan.
 - Nos solicita que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como, por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto y si usted cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan, pero le exigimos obtener nuestra aprobación antes de cubrirlo).
 - Tenga en cuenta lo siguiente: Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, recibirá un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.
- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud para una decisión de cobertura por pagos.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

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

Esta sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use el cuadro que figura a continuación para determinar qué parte contiene información pertinente a su caso:

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita usted un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos o que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos?	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra lista de medicamentos y cree que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como, por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Pase directamente a la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos un reembolso del costo de un medicamento que ya ha recibido y pagado?	Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Pase directamente a la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera?	Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Pase directamente a la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto como usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión acerca de la cobertura. Al igual que con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud para una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. Luego consideraremos su solicitud.

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

A continuación, detallamos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro proveedor pueden solicitarnos:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario). (La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar)

Términos legales

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **“excepción de formulario”**.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la lista de medicamentos, tendrá que pagar la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos de marca o medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción al monto de copago o coseguro que requerimos que pague por el medicamento.
2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto. Se establecen normas o restricciones adicionales que se aplican para ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) (para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción de formulario”**.

- Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan por anticipado, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
 - Estar obligado a probar otro medicamento primero antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
- Límites de cantidades. En el caso de algunos medicamentos, se establecen restricciones sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones****Su médico debe especificar las razones médicas**

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo podría tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente, no aprobaremos la solicitud de excepción.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si respondemos negativamente a su solicitud para una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección 7.5, se describen los pasos que debe seguir para presentar una apelación si nuestra respuesta es negativa.
- En la siguiente sección le explicamos cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Primer paso: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura por los medicamentos o pagos que necesita. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”. **No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo un reintegro por un medicamento que ya compró.**

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, enviarnos una carta o un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la parte titulada *Cómo puede contactarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura por sus medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos está solicitando un reintegro por un medicamento, consulte la parte titulada *Dónde enviar una solicitud para*

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

solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por atención médica o por un medicamento que usted ha recibido.

- **Usted o su médico u otra persona que actúa en su nombre** puede solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 5 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos un reintegro por un medicamento**, primero lea el Capítulo 7 de este folleto: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que haya pagado.
- **Si solicita una excepción, presente la “declaración de apoyo”**. Su médico u otro recetador debe explicar las razones médicas que justifiquen la excepción por medicamentos que usted solicita. (A esto lo llamamos la “declaración de apoyo”). Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro recetador nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre solicitudes de excepciones.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “determinación de cobertura acelerada”.

- Cuando le informemos nuestra decisión, aplicaremos los plazos “estándares” a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le informaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le informaremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**

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

- Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si solicita un medicamento que aún no haya recibido. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si está solicitando un reintegro por un medicamento que ya compró).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro recetador), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
 - Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación (y, en su lugar, aplicaremos los plazos estándares).
 - Mediante esta carta, se le informará que, si su médico u otro recetador solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
 - Mediante la carta, también se le informará cómo presentar una queja porque hayamos determinado darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Se le informa cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que recibiría nuestra repuesta en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Segundo paso: Consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura “rápida”***

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta dentro de las 24 horas.
 - Generalmente, esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.

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

- Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización externa independiente la revise. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa, le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente la revise. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud –
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud o declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” con respecto al pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** de haber recibido su solicitud.

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

- Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente la revise. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 14 días naturales de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

Tercer paso: Si contestamos negativamente a su solicitud de cobertura, usted debe decidir si desea presentar una apelación.

- Si contestamos negativamente, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedir que reconsideremos, y tal vez que cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina una “**redeterminación**” del plan.

Primer paso: Usted se comunica con nosotros y presenta la Apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o en nuestra página web por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada **Cómo**

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

contactarnos para presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D.

- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación presentando una solicitud por escrito.** También puede llamarnos por teléfono al número indicado en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Si usted solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos por teléfono al número indicado en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestra página web.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido el plazo, se pueden incluir los siguientes: tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
 - Tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “ redeterminación acelerada ”.

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

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberá decidir si requiere una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que corresponden para obtener una “decisión de cobertura rápida” detallados en la Sección 7.4 de este capítulo.

Segundo paso: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra **respuesta dentro de las 72 horas de recibido su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. Más adelante en esta sección, le brindamos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
 - **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos proveer la cobertura de atención médica que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
 - **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días** calendario de recibida su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si considera que su salud así lo requiere, deberá solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, deberemos trasladar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una

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

Organización de Revisión Independiente la revise. Más adelante en esta sección, le brindamos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta a parte o a toda su solicitud es afirmativa –**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer a la mayor brevedad posible según lo requiere su estado de salud, pero antes de los 7 días calendario de recibida su apelación.
 - Si aprobamos su solicitud de un reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a enviarle el pago dentro de los 30 días calendario después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando reembolso por un medicamento que ya compró, tenemos que darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 14 días calendario, deberemos trasladar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente la revise. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 30 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita en la que le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

Tercer paso: Si contestamos negativamente a su apelación, usted decidirá si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si contestamos negativamente a su apelación, usted puede aceptar esta decisión o continuar y presentar otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación será trasladada al nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte la información a continuación).

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

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si contestamos negativamente a su apelación, usted puede aceptar esta decisión o continuar y presentar otra apelación. Si usted decide continuar con una Apelación de Nivel 2, Organización de Revisión Independiente analiza nuestra decisión cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “Entidad de Revisión Independiente”. A veces se denomina “IRE (por sus siglas en inglés)”.

Primer paso: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si contestamos negativamente a su Apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, los plazos que se establecen y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Segundo paso: La Organización de Revisión Independiente efectúa una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa seleccionada por Medicare para analizar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que le ofrecemos.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. Esta organización le informará su decisión por escrito y explicará las razones de ella.

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

Plazos para apelación “rápida” en el nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización revisora decide otorgarle una “apelación rápida,” la organización revisora deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibida su solicitud de apelación.
- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización revisora **dentro las 24 horas** de haber recibido nosotros la decisión de la organización revisora.
- **Plazos para apelación “estándar” en el nivel 2** Si usted presenta una apelación estándar en el nivel 2, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de recibida su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita el reembolso de un medicamento que ya ha comprado, la organización revisora deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario de recibida su apelación.
- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud –**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura por el medicamento** aprobada por la organización revisora **dentro de las 72 horas** de recibida la decisión de la organización revisora.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago usted dentro de los 30 días calendario** de recibida la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si esta organización responde negativamente a su apelación, significa que la organización acuerda con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, tiene derecho a realizar una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra Apelación de Nivel 3, el valor dólar de la cobertura de medicamentos que solicita debe alcanzar una suma mínima. Si el valor dólar de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el nivel 2 será definitiva. Mediante el aviso que reciba de la Organización de

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

Revisión Independiente, se le informará el valor dólar que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Tercer paso: Si el valor dólar de la cobertura que solicita cumple el requisito, debe elegir si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, deberá decidir si desea continuar con el nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o mediador independiente. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: Tabla de beneficios (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar).

Durante su internación cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la **“fecha de alta”**.
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada. Esta sección le explica cómo debe hacer la solicitud.

Sección 8.1	Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos
--------------------	---

Durante su internación cubierta en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando se internan en un hospital. Algún

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

integrante del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregarle este aviso en un plazo de dos días después de haber sido internado. Si no le entregan este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en el reverso de la portada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende. Le informa sus derechos como paciente del hospital, incluyendo:

- Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación en el hospital, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Su derecho a participar en las decisiones con respecto a su internación en el hospital y a conocer quién pagará por la misma.
- Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión de su fecha de alta si considera que es muy repentina.

Términos legales

El aviso escrito de Medicare le informa cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar una demora de su fecha de alta para que se extienda su cobertura de atención hospitalaria. (En la Sección 8.2 que figura a continuación le informamos cómo puede solicitar una revisión inmediata).

- 2. Debe firmar el aviso escrito como acuse de recibo y demostrar que comprende sus derechos. Usted u otra persona que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 5 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante).
 - Firmar el aviso solo demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no especifica su fecha de alta (su médico o personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.
3. Conserve su copia del aviso firmado para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud por la calidad de atención) a mano en caso de necesitarla.

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

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto) o 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 puede verla en línea ingresando a <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto). O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso. Primer paso: Contacte a la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta del hospital. Deberá actuar rápidamente.

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata”. ¿Qué es la Organización de Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización recibe el pago de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de atención a los beneficiarios de Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad antes de retirarse del hospital **y a más tardar en su fecha de alta programada**. (Su “fecha de alta programada” es la fecha que ha sido fijada para que usted se retire del hospital).
 - Si cumple este plazo, podrá permanecer en el hospital después de su fecha de alta sin pagar por la estadía mientras espera la decisión de su apelación de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
 - Si no cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, deberá pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para hacer su apelación, consulte la Sección 8.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización de mejoramiento de calidad una “**revisión rápida**” de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que está solicitando que la organización aplique los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándares.

Términos legales
Una “ revisión rápida ” también se denomina “ revisión inmediata ” o “ revisión acelerada ”

Segundo paso: La Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

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

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán nuestra información y la del hospital.
- Antes del mediodía del día posterior al que los revisores informaron a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso escrito en el que se informa su fecha de alta programada y se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación escrita se denomina “Aviso Detallado de Alta”. Puede obtener una muestra de este aviso llamando al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto) o 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). O puede ver un ejemplo de notificación en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Tercer paso: Dentro del día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización revisora es afirmativa, **debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

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

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización revisora es negativa, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** el mediodía de la fecha después de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta de su apelación.
- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es negativa y usted decide permanecer internado en el hospital, **usted deberá pagar el costo total de la atención hospitalaria** que usted recibe a partir de las 12 del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Cuarto paso: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación, y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó durante su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

A continuación, se describen los pasos para el nivel 2 del proceso de apelaciones:

Primer paso: Debe contactar a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó negativamente a su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Segundo paso: La Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

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

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Tercer paso: Dentro de los 14 días calendario después de la recepción de solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión por su apelación y le informarán su decisión.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que usted recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un juez de derecho administrativo o mediador independiente.

Cuarto paso: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si continuará su apelación en el nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, podrá optar por aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación se presenta ante un juez de derecho administrativo o mediador independiente.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 8.4 ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación

Cómo ya se explicó en la Sección 8.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación por su alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de dejar el hospital y no más tarde que su fecha de alta programada). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios.

Si usted presenta la apelación por esta otra vía, los *primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación acelerada**”.

Primer paso: Comuníquese con nosotros para solicitar una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación por su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos “rápidos” en lugar de plazos “estándares”.

Segundo paso: Efectuamos una revisión “rápida” de su fecha de alta programada y verificamos si es correcta desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Verificamos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.

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

- En este caso, aplicaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándares para informarle nuestra respuesta a esta revisión.

Tercer paso: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es afirmativa**, significa que estamos de acuerdo con usted en que su internación en el hospital debe prolongarse después de la fecha de alta y que continuaremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos negativamente a su apelación rápida**, significa que consideramos que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.
 - Si usted permaneció internado en el hospital después de su fecha de alta programada, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada

Cuarto paso: Si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a trasladar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación alternativo de nivel 2

Si contestamos negativamente a su Apelación de Nivel 1, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se denomina “IRE (por sus siglas en inglés)”.

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

Primer paso: Su caso será trasladado automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. El procedimiento para quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo se describen los pasos a seguir para presentar una queja).

Segundo paso: La Organización de Revisión Independiente efectúa una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación por el alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *afirmativa*,** debemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió en el hospital desde su fecha de alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa*,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era correcta desde el punto de vista médico.
 - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo continuar hacia el Nivel 3 de apelación, que es administrado por un juez de derecho administrativo o mediador independiente.

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

Tercer paso: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan negativamente a su Apelación de Nivel 2, usted decide si desea continuar al nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 **Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto**

Sección 9.1	<i>En esta sección, se describen tres servicios solamente: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).</i>
--------------------	--

En esta sección, se describen *solamente* los siguientes tipos de atención:

- Los servicios de atención médica domiciliaria que usted recibe
- La **atención de enfermería especializada** que usted recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos que se deben reunir para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).
- La **atención de rehabilitación** que usted recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o se está recuperando de una cirugía mayor. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluidos su parte de los costos y las limitaciones que se pueden aplicar en la cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: Tabla de beneficios (servicios cubiertos).

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

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, *dejaremos de pagar por su atención*.

- Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan finalice la cobertura de su atención, recibirá un aviso.
 - El aviso escrito le informa la fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
 - El aviso escrito también le informa cómo debe proceder si desea solicitar que nuestro plan cambie la decisión acerca de cuándo finalizar su atención y prolongue la cobertura por más tiempo.

Términos legales

Al informarle lo que puede hacer, el aviso escrito le está diciendo que puede solicitar una “**apelación rápida**”. Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención. (La Sección 9.3 que figura a continuación explica cómo debe proceder para solicitar una apelación rápida).

El aviso escrito se denomina “**Notificación de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, comuníquese al Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto) o 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. O puede ver una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

2. **Usted debe firmar el aviso escrito como acuse de su recibo.**

- Usted u otra persona que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (La Sección 5 le informa cómo debe proceder para otorgar un permiso escrito a una persona que actuará como su representante).

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

- Al firmar el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no** significa que usted está de acuerdo con el plan de que debe finalizar la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar. También se establecen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo se explican los pasos a seguir para presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto). O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación y decide si la decisión tomada por nuestro plan debe cambiar.

Primer paso: Presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión. Deberá actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Ellos analizan la calidad de atención de los beneficiarios de Medicare y efectúan una revisión de las decisiones del plan respecto de cuándo finaliza la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió, se le informa cómo comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

¿Qué debe solicitar usted?

- Solicite a esta organización una apelación rápida (para realizar una revisión independiente) para verificar si es correcto desde el punto de vista médico que finalizemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para contactar a esta organización.

- Debe contactar a la Organización de Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación *a más tardar al mediodía del día después de recibir el aviso escrito que le informa cuándo finalizaremos la cobertura de su atención.*
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para hacer su apelación, consulte la Sección 9.5.

Segundo paso: La Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día, los revisores nos habrán informado sobre su apelación; y también le proporcionaremos un aviso por escrito en el que se expliquen en detalle las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

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

Términos legales

Este aviso con explicaciones se denomina “**Explicación detallada de no cobertura**”.

Tercer paso: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores contestan afirmativamente a su apelación?

- Si los revisores contestan *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, se pueden establecer limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores contestan negativamente a su apelación?

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total por esta atención.**

Cuarto paso: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta es el “nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores contestan *negativamente* a su Apelación de Nivel 1 – y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención – usted podrá presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó durante su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba.

A continuación, se describen los pasos para el nivel 2 del proceso de apelaciones:

Primer paso: Debe contactar a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó *negativamente* a su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

Segundo paso: La Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Tercer paso: Dentro de los 14 días 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 contesta afirmativamente a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta negativamente?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un juez de derecho administrativo o mediador independiente.

Cuarto paso: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, podrá optar por aceptar esa decisión o continuar con el nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o mediador independiente.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación

Como se explicó anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación (en un día o dos, a más tardar). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios. Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

A continuación, se enumeran los pasos a seguir para presentar una Apelación de Nivel 1 alternativa:

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

Términos legales

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación acelerada**”.

- Primer paso: Comuníquese con nosotros para solicitar una “revisión rápida”. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación por su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos “rápidos” en lugar de plazos “estándares”.

Segundo paso: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos por la finalización de la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.
- Aplicaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándares para informarle nuestra respuesta a esta revisión.

Tercer paso: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es afirmativa**, significa que estamos de acuerdo con usted en que los servicios se deben prolongar; y continuaremos la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es negativa**, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y ya no pagaremos ninguna parte del costo después de esta fecha.
- Si usted aún recibió atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) después de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

Cuarto paso: Si respondemos *negativamente* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a trasladar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de nivel 2

Si contestamos negativamente a su Apelación de Nivel 1, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se denomina “ IRE (por sus siglas en inglés) ”.

Primer paso: Su caso será trasladado automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. El procedimiento para quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo se describen los pasos a seguir para presentar una queja).

Segundo paso: La Organización de Revisión Independiente efectúa una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización contesta *afirmativamente*** a su apelación, deberemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización contesta *negativamente*** a su apelación, significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiará.

El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles de cómo debe proceder para presentar una Apelación de Nivel 3. Tercer paso: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores contestan negativamente a su Apelación de Nivel 2, usted podrá optar por aceptar esa decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o mediador independiente.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más

Sección 10.1 Apelación de niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicio médico

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor dólar del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor dólar es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito

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

que reciba por su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su Apelación de Nivel 3

Apelación de Nivel 3 Un juez (denominado juez de derecho administrativo) o un mediador independiente que trabaja para el gobierno federal someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta apelación en cada uno de estos niveles.

- **Si la respuesta del Juez en Derecho Administrativo o mediador independiente con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.** Decidiremos si apelaremos esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario de recibida la decisión del juez de derecho administrativo o mediador independiente.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o mediador independiente con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o mediador independiente contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

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

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.** Decidiremos si presentaremos una apelación de esta decisión en el nivel 5. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del nivel 4 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la Corte de Distrito Federal someterá su apelación a revisión.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones

Sección 10.2 **Apelación de niveles 3, 4 y 5 para Apelaciones por Medicamentos Parte D**

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor de los medicamentos que usted apeló alcanza un cierto monto de dinero, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el monto de dinero es menor, no podrá continuar apelando. La respuesta por escrito que reciba por su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de Nivel 3 Un juez (denominado juez de derecho administrativo) o mediador independiente que trabaja para el gobierno federal someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el juez de derecho administrativo o mediador independiente **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o mediador independiente contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones** (Consejo) de Medicare someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación o deniega su pedido de revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte de Distrito Federal** someterá su apelación a revisión.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos



Si su problema es por decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o los pagos, entonces esta parte no le concierne. Por el contrario, deberá recurrir al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Queja	Por ejemplo:
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Considera que alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información acerca de su persona que cree debería ser confidencial?

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

Queja	Por ejemplo:
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está conforme con el trato que ha recibido de nuestro Departamento de Servicios para los miembros? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para acordar una cita, o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de atención médica? ¿O el personal del Departamento de Servicios para los miembros o de otras áreas del plan? ○ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, al adquirir una receta médica o en la sala de exámenes médicos.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿Considera que no le hemos informado algo que debíamos? • ¿Cree que la información escrita que le hemos entregado es difícil de entender?

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

Queja	Por ejemplo:
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la puntualidad de nuestras solicitando una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso y no el procedimiento para quejas. acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si está solicitando una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso y no el procedimiento para quejas. Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo: • Si nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y rechazamos su solicitud, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para otorgarle una decisión de cobertura o responder una apelación, puede presentar una queja. • Cuando una decisión de cobertura es revisada y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, tendremos que cumplir determinados plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le otorguemos una decisión en tiempo y forma, deberemos elevar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos en el plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 11.2	“Hacer una queja” se conoce formalmente como “presentar/hacer un reclamo”
---------------------	--

Términos legales

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Lo que en esta parte se denomina “queja” también se denomina “reclamo”.• Otra forma de decir “hacer un reclamo” es “presentar un reclamo”.• Otra forma de decir “usar el proceso para hacer reclamos” es “usar el proceso para presentar un reclamo”. |
|---|

Sección 11.3	Paso a paso: Cómo presentar una queja
---------------------	--

Paso 1: Contáctenos inmediatamente – por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, llamar al Departamento de Servicios para los miembros es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para los miembros se lo informará. (866) 440-0012; los usuarios de TTY deberán llamar al 711, 7 días a la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
 - Usted, un representante o su médico tratante, incluido el personal que actúa en nombre de un médico, pueden presentar una queja. Las quejas deben presentarse oralmente o por escrito dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha del incidente.
 - Todas las quejas, incluidas las quejas relacionadas con la calidad de la atención, independientemente de cómo se presente la queja, deben ser respondidas por escrito. Se investigarán con la misma rapidez que el caso requiera, en función de su estado de salud, pero a más tardar 30 días después de la recepción de la solicitud o dentro de las 24 horas para las quejas expeditas.
 - Podemos tomar una extensión de 14 días si solicita la extensión o si justificamos una necesidad de información adicional y cómo el retraso es en su mejor interés.

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

- Ya sea que llame o escriba, usted debe contactarse con el Departamento de Servicios para los miembros inmediatamente. El plazo para presentar la queja es de 60 días calendario después de haber tenido el problema que la originó.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le daremos una queja “rápida”. Si usted tiene una queja “rápida”, significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.

Términos legales

Lo que en esta parte se denomina “**queja rápida**” también se denomina “**reclamo acelerado**”.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.
- **La mayoría de las quejas recibe respuesta en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o toda su queja o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones que justifiquen esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 11.4 También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejora de Calidad

Puede presentarnos su queja por la calidad de atención que recibió utilizando el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

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

- **Usted puede presentar su queja ante la Organización de Mejoramiento de Calidad.** Si usted lo prefiere, puede presentar su queja por la calidad de atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
 - La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.
 - Para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.
- **O puede presentar su queja ante ambas entidades simultáneamente.** Si lo desea, puede presentarnos la queja por la calidad de atención y también ante la Organización de Mejoramiento de Calidad.

Sección 11.5 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, comuníquese con 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Para obtener más información acerca de las apelaciones y quejas de miembros relacionadas con los servicios cubiertos por Medicaid, vaya al Capítulo 2, Sección 6 o puede comunicarse con Servicios para los miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

CAPÍTULO 10

*Cancelación de su membresía
en el plan*

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	245
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan	245
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	245
Sección 2.1	Es posible que pueda terminar su membresía por tener Medicare y Medicaid	245
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual ..	24246
Sección 2.3	Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Suscripciones Abiertas a Medicare Advantage	247
Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial	246
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?.....	247
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	250
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan...	250
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan	Error! Bookmark not defined.
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan	251
SECCIÓN 5	El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	252
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	252
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud	253
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	253

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Cancelar su membresía en El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
 - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 describe *cuándo* puede cancelar su membresía en el plan. La sección 2 le informa sobre los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuando comenzara su inscripción en su nueva cobertura.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y el Período de Suscripciones Abiertas de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1	Es posible que pueda terminar su membresía por tener Medicare y Medicaid
--------------------	---

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solamente durante ciertos periodos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Periodos especiales de inscripción:

- Enero a marzo

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos periodos, deberá esperar el próximo periodo para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Periodo especial de inscripción para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Periodo de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Periodo de inscripción anual.

- ¿A qué tipo de plan se puede cambiar? Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede optar por un plan que cubre medicamentos recetados o por uno que no cubre medicamentos recetados).
 - Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
 - Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados “válida” por un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “válida” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, una suma al menos igual a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare).

Comuníquese con la oficina estatal de Medicaid para conocer las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	--

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
 - **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede optar por un plan que cubre medicamentos recetados o por uno que no cubre medicamentos recetados).
 - Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
 - -o-Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** si cambia a Original Medicare y si no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.
- Nota:** si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Suscripciones Abiertas a Medicare Advantage

Usted tiene la opción de hacer un cambio en su cobertura de salud durante el Período de Suscripciones Abiertas a Medicare Advantage.

- **¿Cuál es el Período Anual de Suscripciones Abiertas a Medicare Advantage?** Todos los años entre el 1 de enero y el 31 de marzo.
- **¿Por qué tipo de plan puede usted cambiar durante el Período Anual de Suscripciones Abiertas de Medicare Advantage?** Durante este periodo, usted puede:
 - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage. (Puede optar por un plan que cubre medicamentos recetados o por uno que no cubre medicamentos recetados).

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, tiene hasta el 31 de marzo para unirse a un plan de medicamentos recetados separado de Medicare para añadir la cobertura para medicamentos.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después de que se haya inscrito en otro plan de Medicare Advantage o de que hayamos recibido su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - Si se mudó fuera del área de servicio del plan.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
 - Si rompemos nuestro contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC).
 - Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE)
 - Nota: si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le informa más sobre el período de inscripción especial para las personas con Medicaid.

- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados.) Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
 - –o– Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura “acreditable” para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le informan más sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare & You 2020** (Medicare y Usted 2020).

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare, reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
- También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?**Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan**

- Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan Medicare. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Medicare Original pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, debe solicitar ser dado de baja de nuestro plan. Hay dos maneras en las que puede solicitar que se cancele su inscripción: Nos puede hacer el pedido por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- *O bien*, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a: Esto es lo que debe hacer:	
• Otro plan de Salud de Medicare.	• Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Usted será automáticamente dado de baja de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
•	

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a: Esto es lo que debe hacer:	
Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado	Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Usted será automáticamente dado de baja de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
- Original Medicare <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. - Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente. - Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). - También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. - Usted será dado de baja de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Para preguntas sobre sus beneficios de Texas Medicaid, comuníquese con Texas Health and Human Services al 1-800-252-8263 o 2-1-1, TTY 7-1-1 o 1-800-735-2989, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. CST. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid de Texas.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red.
- Si usted se interna en el hospital el día que finaliza su membresía, su internación en el hospital en general será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta (aún si recibe el alta después de que entre en vigencia su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--------------------	--

El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Si ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) como calificar para Medicaid o el servicio del Programa de Ahorros de Medicare, será dado de baja. Usted tiene 1 mes a partir de la fecha de notificación de pérdida potencial de elegibilidad para mostrar una prueba de elegibilidad para permanecer inscrito en El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP). Si no se demuestra la elegibilidad continua, como la tarjeta de Medicaid o la Carta de Premio, se rescindirá el estado de Pérdida de Necesidades Especiales.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener medicamentos con receta. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios para los miembros** para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 11 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	256
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	256
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	256

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de medicamentos con receta de Medicare, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, 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 la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), en calidad de organización de Medicare Advantage,

Capítulo 11. Avisos legales

ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura para medicamentos con receta o pagos por medicamentos que ya ha recibido. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 7, se explica sobre las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicios: un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si establece límites con respecto a la membresía en función del lugar donde viven las personas. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). El plan podrá cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Asistente de atención médica domiciliaria: un asistente de atención médica domiciliaria provee servicios que no requieren los conocimientos de un enfermero o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: (1) proporcionados por un proveedor calificado para administrar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. **Atención en centros de enfermería especializada (SNF):** servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Entre algunos de los ejemplos de atención en centros de enfermería especializada, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por una enfermera o un médico.

Autorización previa: la aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos incluidos o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en negrita en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda adicional: un programa de asistencia económica de Medicare a personas de bajos ingresos y recursos para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro de cuidados paliativos: un miembro que tiene 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos. Los centros de cuidados paliativos proporcionarán tratamiento especial para su estado.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión y que, además, provee diversos servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios para la evaluación del contexto familiar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por un medicamento con receta.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los medicamentos con receta. El coseguro es, a menudo, un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) todo monto del deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los medicamentos; (2) cualquier monto de “copago” fijo que un plan exija al recibir medicamentos específicos; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento, que un plan exija al recibir medicamentos específicos. Es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Deducible: suma que debe pagar por atención médica o recetas médicas antes de que nuestro plan comience a pagar. **Cancelar o cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelar su membresía al plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. El Capítulo 7 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la Organización: el plan de Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando ella decide si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. En este folleto, las determinaciones de una organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

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

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa del Beneficio de medicamentos Parte D en la que paga ningún copago o coseguro por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre han gastado \$6,350 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapas de cobertura inicial: es la etapa anterior a que sus gastos totales por medicamentos, incluidas las sumas que ha pagado y que el plan ha pagado en su nombre durante el año, hayan alcanzado los \$6,350.

Evidencia de cobertura (EOC): en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el Formulario del patrocinador de su plan (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Farmacia de la red: farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que adquiere de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan salvo en ciertos casos.

Gastos de su bolsillo: vea la definición anterior de “costo compartido”. El requisito de costo compartido debido al cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de “gastos de su bolsillo” del miembro.

Indicación médica aceptada: consiste en el consumo de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada.

Individuo con doble elegibilidad: una persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Límites de cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un periodo de tiempo específico.

Límite de cobertura inicial: el máximo límite de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o “lista de medicamentos”) – una lista de medicamentos recetados y cubiertos por el plan. Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Máximo de gastos de su bolsillo: Pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año natural para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Las sumas que paga por las primas del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B, y medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. (Nota: Debido que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo. Vea el Capítulo 4, Sección 1 para obtener más información sobre la suma máxima que paga de su bolsillo.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Medicaid (o Medical Assistance): un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información acerca de cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca, pero, generalmente, su costo es inferior.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos según la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso de la cobertura como Medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden recibir su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original, un Plan de Costos de Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Medicare Original (“Medicare tradicional” o Medicare de “pago por cada servicio”): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Medicare Original, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de las sumas establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

usted paga la suya. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Miembro (Miembro de nuestro plan, o “miembro del plan”): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Periodo de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Medicare Original miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay un límite para la cantidad de periodos de beneficios.

Periodo de inscripción inicial: periodo de tiempo en que puede inscribirse para Medicare Parte A y Parte B cuando es elegible para Medicare por primera vez. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser un HMO, un PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare quedan cubiertos a través de este plan y no se pagan bajo la cobertura de Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados. Todos los beneficiarios de Medicare Parte A y Parte B son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare ofrecido en su área; excepto los pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (a menos que se apliquen ciertas Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por Medicare Parte A y B. Todos los planes de seguro médico de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

Plan de seguro médico de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a personas que se inscriben en el plan. El término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Programas de Demostración o Piloto y los Programas de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE, por sus siglas en inglés).

Plan PACE: un Plan PACE (Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTC), y está destinado a ayudar a que personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) el mayor tiempo posible, a la vez que reciben la atención de alta calidad que ellos necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Póliza “Medigap” (Seguro suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las “brechas” en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo se aplican a Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima Mensual: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Prótesis y Ortésica: son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de sus problemas de salud. Se asegurará de que usted reciba la atención que necesita para cuidar su salud. Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y se refiere a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información acerca de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la Red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proveer servicios de atención médica. Los denominamos “proveedores de la red” cuando están contratados por nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red en función de los contratos que mantiene con los proveedores o si los proveedores aceptan proveerle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”. **Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** un proveedor o centro que no ha acordado con nosotros la coordinación o provisión de servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores no contratados, no operados ni de propiedad de nuestro plan; tampoco son contratados para proveerle servicios cubiertos. El uso de los servicios de centros o proveedores fuera de la red se describe en el Capítulo 3 de este folleto.

Queja: el nombre formal para “hacer una queja” es “presentar/hacer un reclamo”. El procedimiento para quejas se utiliza solo para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. Consulte también “Queja” en la lista de definiciones.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera, o mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a todos los servicios de Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. atención médica y suministro cubiertos por nuestro plan

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios requeridos urgentemente: un servicio requerido urgentemente se provee para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden proveerse por medio de proveedores de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos en ese momento.

Subsidio por bajos ingresos: consulte “Ayuda adicional”.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Terapia escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su cuadro médico antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Servicios para los miembros de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	1-833-742-3125 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre: 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-855-532-3740 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.] Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre: 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes
FAX	915-532-2286
ESCRIBA A	P.O. Box 971100 El Paso, TX 7997-1100
SITIO WEB	www.ephmedicare.com

Texas SHIP Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP)

Health Information Counseling and Advocacy Program es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-855-937-2372
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	701 W. 51st Street Austin, Texas 78751
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



How to Contact El Paso Health Advantage Dual

**Members can call toll free
1-833-742-3125**

TTY Users: 1-855-532-3740

We are available:

- **October 1 – March 31, 8 a.m. to 8 p.m.
Mountain Time (MT) daily.**
- **April 1 – September 30, 8 a.m. to 8 p.m.
Mountain Time (MT) Monday through Friday.**