

Planes de salud
para El Paso.
Por personas
de El Paso.



Evidencia de Cobertura 2026

El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)

Área de servicio
Condados de El Paso y Hudspeth

Línea gratuita
1-833-742-3125

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

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 (HMO D-SNP)*.

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender acerca de lo siguiente:

- La prima del plan y el costo compartido.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita más ayuda.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-833-742-3125. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son del 1º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y 1º de abril al 30 de septiembre de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm tiempo de montaña. Esta llamada es gratuita.

Este plan, El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP), es ofrecido por El Paso Health Medicare Advantage. (Cuando esta Evidencia de Cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa El Paso Health Medicare Advantage. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP).

Este documento está disponible de forma gratuita en Inglés. También puede solicitar esta información en otros formatos, como audio, braille o letra grande. Nuestro plan ofrece servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares adecuados de forma gratuita. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y en al menos los 15 idiomas más hablados por personas con dominio limitado del inglés en el estado o estados correspondientes dentro del área de servicio de nuestro plan, y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos

para las personas con discapacidad que requieran ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación eficaz.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Índice

CAPÍTULO 1: PRIMEROS PASOS COMO MIEMBRO	5
SECCIÓN 1	Usted es miembro de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) .. 5
SECCIÓN 2	Requisitos necesarios para ser miembro del plan..... 6
SECCIÓN 3	Materiales importantes para miembros que recibirá..... 8
SECCIÓN 4	Resumen de costos importantes..... 11
SECCIÓN 5	Mantener actualizado su registro de miembro del plan 17
SECCIÓN 6	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan..... 18
CAPÍTULO 2: NÚMEROS DE TELÉFONO Y RECURSOS IMPORTANTES	21
SECCIÓN 1	Contactos de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)..... 21
SECCIÓN 2	Cómo Obtener Ayuda de Medicare..... 26
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance, SHIP)..... 27
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)..... 28
SECCIÓN 5	Seguro Social..... 29
SECCIÓN 6	Medicaid 30
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 32
SECCIÓN 8	Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)..... 35
SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador? 36
SECCIÓN 10	Usted puede recibir asistencia de agencias locales 36
CAPÍTULO 3: CÓMO UTILIZAR EL PLAN PARA OBTENER SERVICIOS MÉDICOS Y OTROS SERVICIOS CUBIERTOS.....	37
SECCIÓN 1	Datos importantes sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 37
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios..... 39
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 44

SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?.....	46
SECCIÓN 5	Servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica	46
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.....	49
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	50

CAPÍTULO 4: TABLA DE BENEFICIOS MÉDICOS (LO QUE ESTÁ CUBIERTO Y LO QUE PAGA USTED)..... 52

SECCIÓN 1	Cómo comprender los servicios cubiertos.....	52
SECCIÓN 2	Utilice la Tabla de beneficios médicos para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponde pagar	52
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan	95

CAPÍTULO 5: CÓMO UTILIZAR LA COBERTURA DEL PLAN PARA LOS MEDICAMENTOS CON RECETA DE LA PARTE D..... 98

SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D.....	98
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	99
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan.....	102
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	105
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	106
SECCIÓN 6	Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año	110
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que <i>no</i> cubre el plan	113
SECCIÓN 8	Surtir un medicamento con receta	114
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	114
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos.....	115

CAPÍTULO 6: LO QUE LE CORRESPONDE PAGAR POR LOS MEDICAMENTOS CON RECETA DE LA PARTE D..... 119

SECCIÓN 1	Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	119
-----------	--	-----

SECCIÓN 2	Etapas de pago de los medicamentos para los miembros de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)	122
SECCIÓN 3	Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) le explica la etapa de pago en la que se encuentra	122
SECCIÓN 4	Etapa del deducible	124
SECCIÓN 5	Etapa de cobertura inicial	125
SECCIÓN 6	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	128
SECCIÓN 7	Lo que usted paga de Vacunas de la Parte D	128
CAPÍTULO 7: CÓMO SOLICITARNOS QUE PAGUEMOS UNA FACTURA QUE USTED RECIBIÓ POR SERVICIOS MÉDICOS O MEDICAMENTOS CUBIERTOS.		131
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos	131
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	134
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	134
CAPÍTULO 8: SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES		136
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales como miembro del plan	136
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro del plan	142
CAPÍTULO 9: QUÉ DEBE HACER SI TIENE UN PROBLEMA O UNA QUEJA (DECISIONES DE COBERTURA, APELACIONES, QUEJAS)		144
SECCIÓN 1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	144
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	145
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	146
SECCIÓN 4	Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare	147
SECCIÓN 5	Una guía de “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones	147
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	151
SECCIÓN 7	Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	160

SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto	170
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.	176
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5.....	180
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....	184
SECCIÓN 12	Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid	187
CAPÍTULO 10: CANCELACIÓN DE SU MEMBRESÍA EN EL PLAN.....		188
SECCIÓN 1	Cancelación de su membresía en nuestro plan.....	188
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	188
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	192
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan	193
SECCIÓN 5	El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....	193
CAPÍTULO 11: AVISOS LEGALES		196
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	196
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	196
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	197
CAPÍTULO 12: DEFINICIONES DE PALABRAS IMPORTANTES		198

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)

Sección 1.1 Usted está inscrito en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

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

Usted ha elegido recibir cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP). Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de necesidades especiales de Medicare). Esto significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) está diseñado para las personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir la ayuda de Medicaid.

Dado que usted recibe asistencia de Medicaid para el costo compartido de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por los servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que normalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de los medicamentos con receta de Medicare. El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

SNP) ayudará a gestionar todos estos beneficios por usted, para que reciba los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) es administrado por organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Texas para coordinar los beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle la cobertura de atención médica, incluida la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Sección 1.2 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo El Paso Health Medicare Advantage Dual (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 las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. Estos avisos se denominan *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

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 Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 Requisitos 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 tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir 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 a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan debe ser elegible tanto para Medicare como para Medicaid según el Programa de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener en un plazo de 6 meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continúa considerado).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos y de atención a largo plazo a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de estos. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

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

- **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 beneficios totales de Medicaid [QMB+]).

Sección 2.3 Área de servicio del plan para El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)

El Paso Health Medicare Advantage (HMO D-SNP) está disponible solo para personas que viven 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.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Póngase en contacto con Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) para consultar si contamos con algún plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (usuarios TTY llamen al 1-800-325-0778).



Sección 2.4 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 Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

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

		Advantage Dual (HMO D-SNP)	
Name: ID: PBP: H3407_001 Plan: El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) Effective Date:		PCP: \$0 Specialist: \$0 Emergency Room: \$0	
Pharmacists Only: Navitus: 1-866-270-3877 RxBin: 610602 RxPCN: NVTD RxGRP: EHD001		PCP Name: PCP Phone: EPHMedicare.com 	
Medical Providers: Electronic Claims Availity Payer ID: EPF07		For Members: In case of emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room.	
Paper Claims: El Paso Health Medicare P.O. Box 971370 El Paso, TX 79997-1370		Member Services: 1-833-742-3125 (TTY: 711)	
Eligibility & Prior Authorization 1-833-742-3125		Behavioral Health Services: 1-877-379-7647	
Liberty Dental: 1-888-352-7924		Pharmacy Benefits: 1-833-742-3125	
		24-Hour Nurse Line: 1-844-549-2826	

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP), es posible que tenga que H3407_2601_EOC_C Spn

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (Usuarios TTY llamen al 711) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* www.ephmedicare.com enumera los proveedores actuales de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible, (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene la copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (Usuarios TTY llamen al 711). Las solicitudes de *Directorios de proveedores* en formato impreso se le enviarán en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* www.ephmedicare.com enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (Usuarios TTY llamen al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.ephmedicare.com.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos a menos que se hayan eliminado y reemplazado como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de El Paso Health Medicare Advantage Dual (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 más utilizan 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 al 1-833-742-3125 (Usuarios TTY llamen al 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan www.ephmedicare.com o llamar a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (Usuarios TTY llamen al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

	Sus costos en 2026
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima puede ser más que esta cantidad. Consulte detalles en la Sección 4.1.</p>	\$0
<p>Cantidad máxima de bolsillo</p> <p>Esta es la cantidad máxima que pagará de su bolsillo para servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte el Capítulo 4 Sección 1.1 para detalles)</p>	<p>\$8,600</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>
<p>Visitas al consultorio de atención primaria</p>	\$0 por visita
<p>Visitas al consultorio de especialistas</p>	\$0 por visita
<p>Estancia hospitalaria</p>	\$0
<p>Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D</p> <p>(Consulte el Capítulo 6 Sección 4 para detalles)</p>	<p>\$615</p> <p>Excepto por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Como usted califica para Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo del deducible.</p>

	Sus costos en 2026
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para detalles, incluyendo Deducible anual, Cobertura inicial, y Etapas de cobertura catastrófica.)	Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial: Medicamento Nivel 1: Genérico Preferido: 22% de coaseguro Genérico Nivel 2: 25% de coaseguro Nivel 3 Marca Preferida: 25% de coaseguro Nivel 4 Medicamentos No Preferidos: 25% de coaseguro

Sus costos en 2026

**Nivel 6 Medicamentos
Suplementarios: \$0 de copago**

**Si recibe "Ayuda Adicional", su
copago será:**

\$1.60 copago o

\$4.90 copago o

\$5.10 copago o

\$12.65 copago

**Etapa de cobertura catastrófica: Es
posible que tenga que compartir
los costos de los medicamentos
cubiertos bajo nuestro beneficio
mejorado.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficio opcional complementario (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)
- Monto del plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP).

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas de esta Evidencia de Cobertura no le aplica**. Le hemos enviado un documento aparte, llamado Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para el Pago de Medicamentos Recetados (también conocido como Anexo de Subsidio para Personas de

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Bajos Ingresos o Anexo LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto antes del 31 de diciembre de 2025, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY llamen al 711) y solicite el Anexo LIS.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Tal como se explica en la Sección 2, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para Medicaid y también debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y la prima de la Parte B.

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Como tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica a usted mientras mantenga su condición de doble elegibilidad, pero si pierde la condición puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. La cobertura para medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

No **tendrá** que pagarla si se cumple lo siguiente:

- Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA). Su asegurador o el departamento de

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar para medicamentos con receta de Medicare.
- **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- En primer lugar, se cuenta la cantidad de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional para beneficiarios). En 2025, el monto promedio de la prima fue de \$185. Este monto podría variar en 2026.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$185, que es igual a \$25.90. Esto se redondea a \$26. Este monto se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- **La multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si es menor de 65 y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en los ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de recetas de Medicare

Si está participando en el plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

lo que debe por cualquier receta que obtenga, además del saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le restan del año.

La Sección 7 del Capítulo 2 explica más acerca del plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en el Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

Sección 4.6 La prima mensual de su plan no se modificará durante el año

No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda. O que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa “Ayuda adicional” durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la “Ayuda adicional”, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 5 Mantener actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan **utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en su información, llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (Usuarios TTY llamen al 711).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (Usuarios TTY llamen al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (Usuarios TTY llamen al 711). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador principal, y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja doméstica todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación laboral.

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

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 Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para los miembros: información de contacto

LLAME AL	<p><i>1-833-742-3125</i></p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestros representantes de Servicio al Cliente estarán disponibles para atender su llamada directamente de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora estándar de Montaña), los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestros representantes de Servicio al Cliente estarán disponibles para atender su llamada de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora estándar de Montaña), de lunes a viernes, excepto los días festivos federales.</p> <p>Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p><i>711</i></p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicio al Cliente estarán disponibles para atender su llamada directamente de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar de Montaña (MST), los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad.</p>

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

	Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes de Servicio al Cliente estarán disponibles para atender su llamada de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar de Montaña (MST), de lunes a viernes, excepto los días festivos federales.
FAX	915-298-7872
ESCRIBA A	El Paso Health Medicare Advantage P.O Box 971370 El Paso, Texas 79997-1370
SITIO WEB	www.ephmedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o los medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones para atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto

LLAME AL	1-833-742-3125 Las llamadas a este número gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestros representantes de Servicio al Cliente estarán disponibles para atender su llamada directamente de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora estándar de Montaña), los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestros representantes de Servicio al Cliente estarán disponibles para atender su llamada de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora estándar de Montaña), de lunes a viernes, excepto los días festivos federales. Nuestro sistema automatizado está disponible en cualquier momento para opciones de autoservicio. Servicios al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para quienes no hablan inglés.
TTY	711

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

	<p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicio al Cliente estarán disponibles para atender su llamada directamente de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar de Montaña (MST, en inglés), los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes de Servicio al Cliente estarán disponibles para atender su llamada de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar de Montaña (MST, en inglés), de lunes a viernes, excepto los días festivos federales.</p>
FAX	1-855-668-8552
ESCRIBA A	<p>El Paso Health Medicare Advantage</p> <p>Attention: Appeals for Part D Prescription Drugs</p> <p>P.O. Box 971100</p> <p>El Paso, Texas 79997-1100</p>
SITIO WEB	www.ephmedicare.com

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o 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. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica: información de contacto

LLAME AL	<p>1-833-742-3125</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicio al Cliente estarán disponibles para atender su llamada directamente de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora estándar de Montaña), los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes de Servicio al Cliente estarán disponibles para atender su llamada de 8:00 a.m. a</p>
-----------------	--

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

	8:00 p.m. (hora estándar de Montaña), de lunes a viernes, excepto los días festivos federales.
TTY	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicio al Cliente estarán disponibles para responder su llamada directamente de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar de Montaña (MST, en inglés), los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes de Servicio al Cliente estarán disponibles para responder su llamada de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar de Montaña (MST, en inglés), de lunes a viernes, excepto los días festivos federales.</p>
FAX	915-298-7872
ESCRIBA A	<p>El Paso Health Medicare Advantage</p> <p>Attention: Complaints & Appeals</p> <p>P.O. Box 971100</p> <p>El Paso, Texas 79997-1100</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.</p>

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos de la atención médica o de un medicamento que haya recibido.

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para más información.

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.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes**Solicitudes de pago: información de contacto**

LLAME AL	<p><i>Solicitudes de pago de las Partes C y D</i></p> <p>1-833-742-3125</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicio al Miembro estarán disponibles para responder su llamada directamente de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar de Montaña (MST, en inglés), los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes de Servicio al Miembro estarán disponibles para responder su llamada de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar de Montaña (MST, en inglés), de lunes a viernes, excepto los días festivos federales.</p>
TTY	<p><i>Solicitudes de pago de las Partes C y D</i></p> <p>1-833-742-3125</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicio al Miembro estarán disponibles para responder su llamada directamente de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar de Montaña (MST, en inglés), los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, los representantes de Servicio al Miembro estarán disponibles para responder su llamada de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar de Montaña (MST, en inglés), de lunes a viernes, excepto los días festivos federales.</p>
FAX	<p><i>Solicitudes de pago de la Parte C</i></p> <p>915-298-7872</p> <p><i>Solicitudes de pago de la Parte D</i></p> <p>915-298-7872</p>
ESCRIBA A	<p>Part C Payment Requests El Paso Health Medicare Advantage Attention: Member Services P.O Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100</p>

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

	Part D Payment Requests El Paso Health Medicare Advantage Attention: Complaints and Appeals P.O. Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100
SITIO WEB	www.ephmedicare.com

SECCIÓN 2 Cómo Obtener Ayuda de 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 celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

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.
CHAT EN VIVO	Chatea en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
ESCRIBA A	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
SITIO WEB	www.Medicare.gov <ul style="list-style-type: none"> • Obtenga información sobre el plan de salud y medicamentos de su área, incluyendo su costo y los servicios que brindan.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

- Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y de salud.
- Infórmese sobre la cobertura de Medicare, incluyendo servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de bienestar).
- Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.
- Infórmese sobre la calidad de la atención brindada por planes, residencias de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede utilizar el sitio web www.Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP).

Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance, SHIP)

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 que ofrecen ayuda gratuita, información y respuestas a sus dudas de Medicare. En *Texas*, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud de Texas (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud de Texas (HICAP) es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) 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.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud de Texas (HICAP) 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 Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud de Texas (HICAP) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud de Texas (HICAP) - información de contacto

LLAME AL	1-800-252-9240
TTY	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	701 W. 51st Street Austin, TX 78751
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para *Texas*, la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación se denomina *Acentra*.

La Organización para la mejora de la calidad denominada *Acentra* tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. La Organización para la mejora de la calidad denominada *Acentra* es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con La Organización para la mejora de la calidad denominada *Acentra*:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de preocupaciones relacionadas con la calidad de la atención incluyen recibir la

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

medicación equivocada, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.

- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Organización para la mejora de la calidad de Texas, Acentra: información de contacto

LLAME AL	1-888-315-0636 <i>Disponible de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.</i>
TTY	Usuarios TTY llamen al 1-855-843-4776
ESCRIBA A	1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317
SITIO WEB	https://acentraqio.com/aboutus/contact/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. 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.

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 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
-----------------	---

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

	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. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

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

• **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, así como otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid (QMB+)). En Texas, el QMB se conoce como Beneficiario Calificado de Medicare para Medicaid (MQMB).

Si tiene alguna pregunta sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas - información de contacto

LLAME AL	915-772-8383 Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services HHSC Benefit Office

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

	5150 El Paso Dr. El Paso, TX 79905
SITIO WEB	hhs.texas.gov

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas – Oficina del Mediador ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tienen problemas con los servicios o la facturación. Pueden ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas – Oficina del Mediador - información de contacto

LLAME AL	1-877-787-8999 Disponible de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	HHSC Office of the Ombudsman PO Box 13247 Austin, Texas 78711-3247
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/your-rights/hhs-office-ombudsman

La Oficina del Mediador para Cuidados a Largo Plazo ayuda a las personas a obtener información sobre los centros de cuidados y a resolver problemas entre los centros de cuidados y los residentes o sus familiares.

AAA de Río Grande - información de contacto

LLAME AL	1-800-333-7082 Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

ESCRIBA A	8037 Lockheed, Ste. 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

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

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048;
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- A la oficina de Medicaid de su estado al 915-772-8383.

Si cree que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al monto de costo compartido, nuestro plan tiene 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 la mejor evidencia disponible o para proporcionarla, comuníquese con Servicios para Miembros. Revisaremos cualquier evidencia, como una tarjeta de Medicaid, una carta de concesión de Medicaid, una carta de aprobación del subsidio para personas de bajos ingresos, una impresión del archivo electrónico de inscripción estatal que muestre el estado de Medicaid, una captura de pantalla del sistema estatal de Medicaid que muestre el estado de Medicaid u otros documentos estatales que demuestren la 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

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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. Póngase en contacto con Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (Usuarios TTY llamen al 711) si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

Número de teléfono de Texas THMP State Pharmacy Assistance Program 1-800-255-1090.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, 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 en el formulario ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas.

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 cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas al 1-800-255-1090.

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.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

En Texas, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es el Programa de Atención Renal de Texas (KHC) y el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para el VIH de Texas.

Programa estatal de asistencia farmacéutica de Texas -información de contacto

LLAME AL	737-255-4300 De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	711 De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
ESCRIBA A	DSHS HIV/STD Program P.O. Box 149347, MC 1873 Austin, TX 78714
SITIO WEB	https://www.dshs.texas.gov/hivstd

El plan de pago de recetas de Medicare

El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos extendiéndolos a través de los **pagos mensuales que varían durante todo el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (usuarios de TTY, llamen al 711) o visite www.Medicare.gov.

El plan de pago de recetas de Medicare: información de contacto

LLAME AL	1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-877-486-2048 Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	Medicare Contact Center Operations

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

	PO Box 1270 Lawrence, KS 66044
SITIO WEB	Medicare.gov

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)

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 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. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) - 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://RRB.gov

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?**

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (Usuarios TTY llamen al 711) 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 o pareja doméstica). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contratapa de este documento). 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.

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

SECCIÓN 10 Usted puede recibir asistencia de agencias locales

Las siguientes agencias locales pueden ayudar con información sobre recursos comunitarios.

Project Bravo - información de contacto

LLAME AL	915-562-4100 Las llamadas a este número son gratuitas.
DIRECCIÓN	200 Texas Ave. El Paso, TX 79901
SITIO WEB	https://www.projectbravo.org/

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta y otros servicios cubiertos. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipo, medicamentos con receta y otra atención médica cubiertos por el plan. Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica y otros servicios cubre nuestro plan, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted no paga nada o solo la parte que le corresponde del costo por los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos cubiertos

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

Como plan de salud de Medicare y Medicaid, El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los que cubre Original Medicare, consulte el Capítulo 4, sección 4.

El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan deberá aprobarlo por adelantado antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una remisión. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que usted puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
 - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare o Medicaid exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos cubiertos

- atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de buscar atención médica. En este caso, cubriremos estos servicios sin costo para usted. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que brinde y supervise su atención médica**¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?**

Los médicos de atención primaria pueden ser cualquiera de los siguientes tipos de médicos, siempre que pertenezcan a la red de nuestro plan:

- Médicos generales
- Médicos de familia
- Médicos internistas

Recibirás atención médica básica o de rutina de tu médico de cabecera (PCP, en inglés). Tu PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que recibes como miembro.

Tu PCP te brindará la mayor parte de la atención y te ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibes como miembro. Esto incluye radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, hospitalizaciones y atención de seguimiento. La coordinación de tus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores sobre tu atención y su evolución. Si necesitas ciertos tipos de servicios o

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos cubiertos

suministros cubiertos, tu PCP te ayudará a organizar tu atención, como derivarte a un especialista.

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

¿Cómo elige al PCP?

Usted eligió un médico de cabecera al completar su formulario de inscripción. Si no eligió uno, le asignaremos uno cerca de su domicilio. El nombre y el número de teléfono de su médico de cabecera aparecerán impresos en su tarjeta de membresía. Para seleccionar un nuevo médico de cabecera, puede consultar el Directorio de Proveedores que aparece en nuestro sitio web o llamar al número de Atención al Cliente que figura en la contraportada de este folleto.

¿Cómo cambiar de PCP?

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un PCP nuevo.

Si solicita cambiar su médico de cabecera, la solicitud se procesará inmediatamente después de recibirla. El Departamento de Servicios al miembro actualizará su registro de afiliación para mostrar el nombre de su nuevo médico de cabecera y le informará cuándo entrará en vigor el cambio. Una vez que se haya realizado el cambio, recibirá una nueva tarjeta de afiliación por correo en un plazo de 10 días hábiles. Si desea cambiar su médico de cabecera y necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red, llame al Departamento de Servicio al miembro al número que aparece en la contraportada de este folleto o visite nuestro sitio web para acceder a nuestro Directorio de Proveedores. Si desea que le enviemos un Directorio de Proveedores por correo, puede llamar al Departamento de servicio al miembro. Al llamar, asegúrese de informar al Departamento de servicio al miembro si está consultando con especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que requieren la aprobación de su médico de cabecera (como servicios de salud a domicilio y equipo médico duradero). También verificarán que el médico de cabecera al que desea cambiar pueda aceptar nuevos pacientes.

Antes de recibir atención de un nuevo proveedor de atención primaria de la red, debe notificarnos primero. Si acude a otro proveedor de la red para recibir servicios de atención primaria que no sea su médico de cabecera asignado o un médico autorizado por su médico de cabecera, es posible que los servicios no estén cubiertos.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos cubiertos

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

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata y que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o que no sea razonable debido a su tiempo, su lugar y sus circunstancias obtener este servicio de parte de proveedores de la red con los que el plan tiene contratos. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (usuarios de TTY, marquen 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar su diálisis de mantenimiento durante su ausencia.
- Servicios preventivos cubiertos; Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

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

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos cubiertos

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- Para ciertos servicios, su médico de cabecera, especialista u otros proveedores deberán obtener una autorización previa de nuestra parte. Esto se denomina "autorización previa". Su médico de cabecera, especialista u otros proveedores son responsables de obtener una autorización previa de nuestro Departamento de Gestión de la Utilización. (Para obtener más información al respecto, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4).
- Es posible que se requiera autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 o la información sobre qué servicios requieren autorización previa). La autorización se puede obtener del plan. Usted o su proveedor, incluso si no tiene contrato con el plan, pueden consultar con el plan antes de que se preste un servicio si este lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación se realice por escrito. Este proceso se denomina determinación anticipada. Si le decimos que no cubriremos sus servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)) contiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado.
- Si no dispone de una determinación anticipada, también puede obtener autorización de un proveedor de la red que remita a un afiliado a un especialista fuera de la red del plan para un servicio; siempre que dicho servicio no esté explícitamente excluido de la cobertura del plan, como se explica en el Capítulo 4.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos cubiertos

- Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
- Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está designado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para continuar con la atención.
- Si actualmente está realizando terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, continuar con las terapias o los tratamientos médicamente necesarios que está recibiendo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se necesita autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la QIO, un reclamo de calidad de la atención al plan, o ambas opciones. Consulte el Capítulo 9.

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

En ocasiones, es posible que necesite servicios médicos necesarios no urgentes de un médico, especialista u otro proveedor que no estén disponibles a través de nuestra red de proveedores. Usted o su médico, especialista u otro proveedor deberán solicitar una autorización previa a nuestro Departamento de Gestión de la Utilización enviándonos una solicitud por fax al número gratuito 1-844-298-7866 o llamando al 1-833-742-3125. Los servicios de emergencia o los servicios urgentes fuera de nuestra área de cobertura no requieren autorización previa.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

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 (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No necesita usar un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red.

Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.

Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Por favor, llame a Servicio al miembro al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

Servicios cubiertos en el caso de una emergencia médica

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos cubiertos

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

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

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- O, la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de parte de proveedores de la red con los que el plan tiene un contrato. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Siempre debe intentar obtener los servicios que necesite con urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o son inaccesibles temporalmente y no es razonable esperar para recibir atención de su proveedor de la red cuando esta vuelva a estar disponible, cubriremos los servicios que necesite con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos cubiertos

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

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

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

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

Si pagó por sus servicios cubiertos, o si recibió una factura por los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.1 ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?

El Paso Health Medicare Advantage (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Puede llamar a Servicios para miembros cuando quiera saber cuánto de su límite de beneficios ha utilizado ya.

SECCIÓN 5 Servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos cubiertos

aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede

permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (la que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que el plan ni su PCP lo aprueben, ni tampoco que nos avise. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. (Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios a cargo de nuestro plan que incluyan, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios específicos en virtud de determinaciones de cobertura nacionales (National Coverage Determinations, NCD) que requieren cobertura para el desarrollo de evidencias (Coverage with Evidence Development, CED) y estudios de excepción a los dispositivos de investigación (Investigational Device Exemption, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.)

Aunque no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica con cobertura de Original Medicare para las personas inscritas en Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

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

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos cubiertos

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

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 por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos dentro de la red 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. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. 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 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.
- Los artículos y servicios que habitualmente brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para cualquier inscrito en el ensayo.

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en: [www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-researchstudies](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-researchstudies.pdf).

[pdf.](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-researchstudies.pdf)) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

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

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos **exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no son voluntarios* o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.

Consulte el Capítulo 4 para conocer las limitaciones de los beneficios de cobertura de Medicare para pacientes hospitalizados.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No podrá quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, **como miembro de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP), generalmente no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan**, incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Servicios para los miembros al 1-8742-3125 (Usuarios TTY llamen al 711) para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir el artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) cubrirá lo siguiente:

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos cubiertos

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si se va de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) o ya no necesita médicamente equipo de oxígeno, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

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

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 **Cómo comprender los servicios cubiertos**

En este capítulo se proporciona una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y también se detallan los límites para ciertos servicios

Sección 1.1 **¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?**

Nota: Puesto que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo. Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Dado que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026 este monto es de \$8,600.**

Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de \$8,600, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

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

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) cubre. (La cobertura para medicamentos con

receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5.) Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para cualquier curso activo del tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia o si su plan o un proveedor de la red le ha dado una remisión.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá aprobarlo por adelantado antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una remisión.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en negrita.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre sus costos compartidos de los servicios de Medicare, incluidos Medicaid. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como cuidados a largo plazo, medicamentos de venta libre, servicios domiciliarios y comunitarios u otros servicios exclusivos de Medicaid.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2026* [*Medicare y Usted 2026*]).

También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 6 meses de supuesta elegibilidad continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos en el Plan Estatal de Medicaid aplicable, ni pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos que el estado habría pagado si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare podría aumentar durante este período.

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

Si usted es elegible para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no paga nada por los servicios indicados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con ciertas afecciones crónicas



- Si le diagnostican las siguientes afecciones crónicas y usted cumple determinados criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas.
 - Dependencia crónica al alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunitarios, cáncer (excluyendo lesiones precancerosas), enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes mellitus, enfermedad hepática terminal, enfermedad renal terminal que requiere diálisis, trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, enfermedades pulmonares crónicas, afecciones mentales crónicas e incapacitantes y trastornos neurológicos e ictus.
 - Una vez que se determine que usted padece una afección crónica que cumple con los requisitos, será elegible para el subsidio del Programa de Salud y Hogar. Esta determinación se verifica una vez que hable con su Coordinador de Servicios de Salud de El Paso y complete la Evaluación de Riesgos para la Salud.



- Para obtener más detalles, observe la fila Beneficios suplementales especiales para quienes tienen enfermedades crónicas en la Tabla de beneficios médicos más abajo.
- Contáctenos en Servicios al miembro al 1-833-742-3125 para averiguar exactamente para qué beneficios puede ser elegible,
-







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

Tabla de beneficios médicos



Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una emergencia o en situaciones que no lo sean, incluyen ambulancias de ala fija, helicóptero y terrestres, al centro médico apropiado más cercano que pueda brindar atención si se prestan a un miembro cuya condición médica sea tal que otros medios de transporte pudieran poner en peligro su salud o si lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros.</p>
<p> Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su estado de</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>salud actual y factores de riesgo. Esta visita está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario haber tenido una visita de Bienvenida a Medicare para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que cumplen los requisitos (generalmente, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Detección del cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más• Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para los miembros que cumplan ciertas condiciones con una orden médica.</p> <p>Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca regulares.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Consulta para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (tratamiento para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una consulta anual con su médico de cabecera para ayudarlo a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que lleva una alimentación saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia conductual intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares beneficios cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Detección del cáncer de cuello uterino y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o vaginal, o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico</p> <p>Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros.</p>
<p> Detección del cáncer colorrectal</p> <p>Se incluyen las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none">• La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo.• Está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes sin alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes sin alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes con alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa.• La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más sin alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede cubrir el costo de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más.• Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de que el paciente se haya sometido a una	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>colonoscopia. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible.</p> <ul style="list-style-type: none">• Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.• Análisis de ADN en heces con múltiples marcadores para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal en heces no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare cubre los servicios dentales en ciertas circunstancias, específicamente cuando dicho servicio es parte integral del tratamiento de la afección médica principal de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia en casos de cáncer de mandíbula, o los exámenes bucales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos:</p> <p><i>Servicios Dentales Preventivos</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Radiografías dentales: 2 al año</i>• <i>Exámenes bucales: 2 al año</i>• <i>Profilaxis (Limpieza): 2 al año</i>• <i>Tratamiento con flúor: ilimitado</i>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros.</p> <p><i>Debe usar un proveedor dental de nuestra red para cualquier servicio dental. La red dental forma parte de Liberty Dental.</i></p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><i>Servicios dentales integrales: cubiertos por los servicios de diagnóstico y prevención dental</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios generales complementarios: 1 visita al año. Protectores oclusales: 1 cada 3 años. Teleodontología: 2 al año. Se requiere autorización para este servicio. • Endodoncia: 1 visita al año. Un tratamiento de endodoncia por diente de por vida. • Implantes: 1 visita al año. Un implante por diente cada 5 años. • Servicios periodontales: 1 visita al año. Raspado y alisado radicular periodontal: una por cuadrante cada 2 años. Servicios quirúrgicos periodontales: uno por cuadrante cada 3 años. • Prótesis dentales: 1 visita al año. Prótesis parciales fijas (puentes): una por diente cada 5 años. • Servicios restaurativos: 1 visita al año. Empastes: una por superficie por diente cada 2 años. Incrustaciones: una por diente cada 5 años. Coronas: una por diente cada 5 años. Reparaciones restaurativas: sin límite. • Servicios orales y maxilofaciales: 1 visita al año. Extracciones quirúrgicas: una por sitio/cuadrante a lo largo de la vida. Se requiere autorización para este servicio. <p>El límite anual para la cobertura dental es de \$3,000.</p>	
<p> Detección de la depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de la depresión al año. La prueba debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de la depresión.</p>
<p> Detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (que incluye la prueba de glucosa en ayunas) si usted presenta alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de glucosa alta en sangre. Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso o antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede ser elegible para hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su última prueba de detección de diabetes.</p>	
<p> Capacitación en el autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros.</p> <p>For all people who have diabetes (insulin and non-insulin users). Covered services include:</p> <ul style="list-style-type: none">• Suministros para el control de la glucosa en sangre: glucómetro monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para glucosa en sangre, lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.• Para personas con diabetes que padecen pie diabético grave: un par por año calendario de zapatos ortopédicos terapéuticos a medida (incluidas las plantillas que se proporcionan con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se proporcionan con dichos zapatos). La cobertura incluye la adaptación.• La capacitación en el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. <p><i>Nuestros proveedores preferidos de suministros para la diabetes son Abbott y Roche.</i></p>	<p>No hay copago para la capacitación en autocontrol de la diabetes, los servicios para diabéticos y los suministros cubiertos por Medicare.</p>
<p>Equipo médico duradero (EMD, en inglés) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3)</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para equipos y suministros médicos.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Generalmente, El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO DSNP) cubre cualquier EMD cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes que figuran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) y utiliza una marca de EMD que no figura en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca por usted hasta por 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive a otro especialista para una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su condición médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9).</p>	<p>Se aplican las reglas de autorización.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none">• Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y• Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos básicos de salud y medicina, cree que tiene síntomas que requieren</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita hospitalización una vez que su condición de emergencia se haya estabilizado, debe</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El copago de los servicios de emergencia necesarios que reciba fuera de la red es el mismo que cuando los recibe dentro de la red.</p> <p><i>El plan El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) no cubre la atención de emergencia a nivel mundial.</i></p>	<p>obtener la autorización de su plan para la hospitalización en dicho hospital fuera de la red.</p>
<p>Programa Ponte en Forma</p> <p>Membresía en cualquier YMCA local o una membresía premium (tarjeta negra) en cualquier centro Planet Fitness. Como miembro, usted solo puede elegir entre YMCA o Planet Fitness para usar este beneficio.</p> <p>Los miembros que se registren en la YMCA tendrán acceso a clases, equipos y cualquier instalación local en el condado de El Paso.</p> <p>Los miembros que se registren en un centro Planet Fitness tendrán acceso a clases, equipos y cualquier ubicación dentro de los Estados Unidos y la posibilidad de llevar un invitado. Se aplican limitaciones a todos los invitados.</p> <p><i>Debe usar su tarjeta de identificación de miembro de El Paso Health Medicare Advantage para registrarse en el YMCA o Planet Fitness de su elección.</i></p>	<p>There is no coinsurance, co-payment, or deductible</p>
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) cuenta con Programas de Manejo de Enfermedades y Gestión de Casos diseñados para realizar exámenes de detección rutinarios a los miembros y brindarles atención coordinada y educación a ellos y a sus familias. Estos programas incluyen</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>evaluación, educación, monitoreo y seguimiento de los miembros diagnosticados con presión arterial alta, colesterol, diabetes, asma y otras afecciones médicas y conductuales crónicas o complejas. Como parte de estos programas, también se evalúan e identifican los Determinantes Sociales de la Salud para promover el bienestar físico, emocional y social en general.</p> <p>La línea de información FirstCall de Consejos Médicos (1-844-549-2826) 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 atender sus inquietudes médicas o de salud.</p> <p>La Línea de Crisis de Salud Mental 1-877-379-7647 está disponible para los miembros las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año.</p> <p>Los miembros pueden llamar a la Línea de Crisis de Salud Mental para recibir información, referencias y apoyo relacionados con un problema o crisis de salud mental.</p>	
<p>Servicios auditivos</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su médico de cabecera o profesional sanitario para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro profesional cualificado.</p> <p><i>Cubrimos una (1) adaptación/evaluación y auxiliares auditivos de hasta \$2000 cada 2 años.</i></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Ayuda para ciertas afecciones crónicas</p> <p>Programa de Salud y Hogar</p> <p>Los miembros que califiquen y padezcan una afección crónica pueden obtener alimentos nutritivos aprobados y pagar servicios públicos aprobados, como gas, agua, electricidad o alquiler, con su tarjeta prepagada MasterCard OTC.</p>	<p>Debe comprar artículos saludables aprobados o pagar un servicio público aprobado.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p><i>Afecciones crónicas que califican:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dependencia crónica al alcohol y otras drogas</i> • <i>Trastornos autoinmunitarios</i> • <i>Cáncer (excepto lesiones precancerosas)</i> • <i>Enfermedades cardiovasculares</i> • <i>Insuficiencia cardíaca crónica</i> • <i>Demencia</i> • <i>Diabetes mellitus</i> • <i>Enfermedad hepática terminal</i> • <i>Enfermedad renal terminal que requiere diálisis</i> • <i>Trastornos hematológicos graves</i> • <i>VIH/SIDA</i> • <i>Trastornos pulmonares crónicos</i> • <i>Trastornos mentales crónicos e incapacitantes</i> • <i>Trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular</i> <p>\$450 por trimestre para artículos saludables aprobados o para pagar un servicio público aprobado.</p> <p>Use su tarjeta MasterCard OTC para comprar en tiendas locales o en línea.</p>	<p>El subsidio trimestral no se acumula ni se retiene ningún fondo no utilizado.</p> <p>Complete la Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA, por sus siglas en inglés) o hable con su gestor de caso para identificar una afección crónica y así calificar para este beneficio.</p>
<p> Pruebas de detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Si está embarazada, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para las pruebas preventivas de detección del VIH cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención médica a domicilio</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>ordenará que una agencia de atención médica a domicilio se los proporcione. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de casa le supone un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada y asistencia domiciliaria a tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, el total combinado de sus servicios de enfermería especializada y asistencia domiciliaria debe ser inferior a 8 horas diarias y 35 horas semanales)• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Servicios médicos y sociales• Equipo y suministros médicos	
<p>Terapia de infusión domiciliaria</p> <p>La terapia de infusión domiciliaria consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios profesionales, incluidos los de enfermería, prestados de acuerdo con nuestro plan de atención.• Capacitación y educación del paciente no cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero.• Monitoreo remoto.• Servicios de monitoreo para la administración de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos para infusión domiciliaria, proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión domiciliaria.	<p>No hay coseguro, copago ni deducible.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados paliativos Usted tiene derecho a los beneficios de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del programa de cuidados paliativos le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que padece una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención en cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en nuestra área de servicio, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor• Cuidados de relevo a corto plazo• Atención domiciliaria <p>Cuando ingresa a un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe seguir pagando las primas del plan.</p> <p>Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que estén relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de las Partes A y B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original paga. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.</p> <p>Para servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que no estén relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios no urgentes y no de emergencia cubiertos por</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO DSNP).</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicare Parte A o B que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si utiliza un proveedor dentro de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (como si existe el requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none">• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de red y cumple con las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto de nuestro plan correspondiente a los servicios dentro de la red.• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según Medicare Original. <p>Para los servicios cubiertos por El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) pero no cubiertos por Medicare Parte A o B: El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, independientemente de si están relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios.</p> <p>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal de cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición terminal de cuidados paliativos, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4.</p> <p>Nota: Si necesita atención no relacionada con cuidados paliativos (cuidados que no estén vinculados a su pronóstico terminal), contáctenos para coordinar los servicios.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para personas con enfermedades terminales que no hayan optado por el beneficio de cuidados paliativos.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con dosis adicionales si es médicamente necesario. • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte B <p>También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D.</p> <p>Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y COVID-19.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye hospitalización aguda, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior a su alta es su último día de hospitalización.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales 	<p>Cada período de beneficios usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por los días 1-90 y por cada día de reserva vitalicia que elija utilizar después de 90 días • Todos los costos que excedan sus días de reserva vitalicia de Medicare (hasta 60 días durante su vida)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería regulares• Costos de unidades de cuidados especiales (como cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios)• Medicamentos• Análisis de laboratorio• Radiografías y otros servicios de radiología• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios• Uso de aparatos, como sillas de ruedas• Costos de quirófano y sala de recuperación• Terapia física, ocupacional y del habla• Servicios de tratamiento para la drogadicción en pacientes hospitalizados• Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón-pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivesicular. Si necesita un trasplante, coordinaremos una revisión de su caso con un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por acudir a un proveedor local siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa original de Medicare. Si El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) ofrece servicios de trasplantes en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir un trasplante en este lugar distante, organizaremos o pagaremos los gastos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. El viaje y el alojamiento deben ser aprobados por el plan.• Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que	<p><i>Se aplican las reglas de autorización.</i></p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>necesite. Debe pagar el costo de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o bien, obtener la sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta.</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos <p>Nota: Para ser considerado paciente hospitalizado, su médico debe emitir una orden para su ingreso formal al hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare: Beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY: llamen al 1-877-486-2048.</p>	
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Existe un límite máximo de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Este límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p>	<p>No hay coseguro, copagos ni deducible.</p> <p>Se aplican las reglas de autorización.</p>
<p>Estancia hospitalaria: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estancia hospitalaria no cubierta.</p> <p>Cubriremos 90 días por período de beneficios y 60 días adicionales de reserva vitalicia por encima de su límite vitalicio para la atención hospitalaria de pacientes internados y hasta 100 días por período de beneficios para la atención en centros de enfermería especializada.</p>	<p>No hay coseguro, copagos ni deducible.</p> <p>Se aplican las reglas de autorización.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, en inglés).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos• Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio)• Radioterapia, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico• Vendajes quirúrgicos• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones• Prótesis y dispositivos ortopédicos (excepto dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno (incluido el tejido contiguo), o total o parcialmente la función de un órgano interno permanentemente inoperativo o con mal funcionamiento, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos• Corsés para piernas, brazos, espalda y cuello; Prótesis y prótesis de piernas, brazos y ojos, incluyendo ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente.• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	
<p> Terapia nutricional médica</p> <p>Este beneficio está dirigido a personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no estén en diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando su médico lo derive o lo ordene.</p> <p>Cubrimos 3 horas de asesoramiento individual durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional médica a través de Medicare (esto incluye nuestro plan,</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para recibir servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>cualquier otro plan de Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año a partir de entonces. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, podría obtener más horas de tratamiento con la derivación de un médico. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar su derivación u orden anualmente si su tratamiento se requiere durante el siguiente año calendario.</p>	
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de comportamiento en salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para resolver problemas que dificultan el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio MDPP.</p>
<p>Medicamentos de Medicare Parte B Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que normalmente no se autoadministran y que se inyectan o infunden mientras recibe atención médica, en un hospital ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio.• Insulina suministrada mediante un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria).• Otros medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por nuestro plan.	<p>No hay coseguro para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Se aplican las reglas de autorización.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico: lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además del costo de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, lo que podría aumentar sus costos totales. Consulte con su médico sobre las exploraciones y pruebas que podría necesitar como parte de su tratamiento.• Factores de coagulación que se administra mediante inyección si tiene hemofilia.• Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia farmacológica para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órgano.• Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.• Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está confinada en su domicilio, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y no puede autoadministrarse el medicamento.• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que nuevos medicamentos orales contra el	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>cáncer estén disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí.</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se usan como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.• Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) están cubiertos por Medicare Parte B.• Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato cubiertos por el sistema de pago de la ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®• Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluyendo heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos.• Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetina Alfa, Aranesp®, Darbepoetina Alfa, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta).• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades por inmunodeficiencia primaria• Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda) <p>Este enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: www.ephmedicare.com.</p>	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas. Lo que paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p>	
<p> Detección y tratamiento de la obesidad para promover una pérdida de peso sostenida</p> <p>Si su índice de masa corporal es de 30 o más, le ofrecemos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Consulte con su médico de cabecera o profesional sanitario para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección y el tratamiento preventivos de la obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT, en inglés) para opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, en inglés)• Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde)• Asesoramiento sobre el consumo de sustancias• Terapia individual y grupal• Pruebas toxicológicas• Actividades de admisión• Evaluaciones periódicas	<p>No hay coseguro, copagos ni deducible.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas diagnósticas ambulatorias, servicios terapéuticos y suministros</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías• Radioterapia (radio e isótopos), incluyendo materiales y suministros para técnicos• Suministros quirúrgicos, como apósitos• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones• Pruebas de laboratorio• Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o bien, obtener la sangre donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.• Pruebas diagnósticas no de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT, en inglés), resonancias magnéticas (MRI's, en inglés), electrocardiogramas (EKG's, en inglés) y tomografías por emisión de positrones (PET, en inglés), cuando su médico u otro profesional de la salud las solicite para tratar un problema médico.• Otras pruebas diagnósticas ambulatorias, como tomografías computarizadas, si se realizan en un centro de la red.	<p>No hay coseguro, copagos ni deducible.</p>
<p>Observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p>	<p>No hay coseguro, copagos ni deducible.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal hospitalario para ingresar pacientes al hospital o solicitar pruebas ambulatorias.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para su ingreso como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos correspondientes a los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque pases la noche en el hospital, es posible que se te considere paciente ambulatorio. Si no estás seguro de si eres paciente ambulatorio, pregunta al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, consulte la hoja informativa Beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.</p>	
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de urgencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria	<p>No hay coseguro, copagos ni deducible.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluyendo la atención en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse <p>Nota: A menos que el médico haya emitido una orden para su ingreso como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría seguir siendo considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.</p>	
<p>Atención ambulatoria de salud mental</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un profesional de la salud mental con licencia estatal; Psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero especialista clínico, consejero profesional con licencia (LPC, en inglés), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT, en inglés), enfermero practicante (NP, en inglés), asistente médico (PA, en inglés) u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>No hay coseguro, copagos ni deducible.</p> <p><i>Se aplican las reglas de autorización.</i></p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p>	<p>No hay coseguro, copagos ni deducible.</p>



Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Los servicios de rehabilitación ambulatoria se prestan en diversos entornos ambulatorios, como departamentos de pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORFs en inglés).</p>	
<p>Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias</p> <p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en hospitales instalaciones ambulatorias y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un hospital, debe consultar con su médico si será paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el médico indique su ingreso hospitalario como paciente hospitalizado, será paciente ambulatorio y deberá pagar los costos compartidos correspondientes a la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría seguir siendo considerado paciente ambulatorio.</p>	<p>No hay coseguro, copagos ni deducible.</p>
<p>Productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</p> <p>Los productos de venta libre (OTC) son medicamentos y productos para la salud que no requieren receta médica. Este plan cubre los productos permitidos por Medicare. Los productos cubiertos pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cepillos de dientes • Vitaminas • Artículos de primeros auxilios • Aerosol nasal • Antiácidos • Pastillas para la tos • Analgésicos • Artículos de higiene personal • Artículos de aseo personal 	<p>No hay coseguro, copagos ni deducibles.</p> <p>Debe realizar sus compras en tiendas de la red para obtener medicamentos sin receta.</p>



Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Y muchos más... <p>Aquí le mostramos cómo acceder a su beneficio:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Compre en tiendas usando su tarjeta Mastercard de beneficios OTC en Walgreens, Walmart, Dollar General, Family Dollar y CVS. Escanee el código de barras al pagar.2. Haga pedidos en línea a través de la web o la aplicación móvil para smartphone con entrega a domicilio. Llame para hacer un pedido. Tenga a la mano los nombres de los productos, el número de tu tarjeta Mastercard OTC y la información de entrega.3. Haga su pedido por correo. Llame para solicitar un catálogo y un formulario de pedido. Complete el formulario y envíelo por correo. Su pedido tardará entre 3 y 7 días en llegar a partir de la fecha de recepción.4. Todos los pedidos deben comprarse en tiendas participantes o realizarse a través del minorista autorizado del plan. Después de que el plan pague los beneficios OTC, usted es responsable del costo restante. <p>Comuníquese con el servicio al cliente si tiene preguntas sobre este beneficio. Este plan cubre ciertos artículos de venta libre aprobados, hasta \$200 por trimestre en su tarjeta Mastercard OTC. Los montos no utilizados de OTC no se acumulan para el siguiente trimestre ni para el siguiente año calendario.</p>	
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se ofrece como servicio ambulatorio hospitalario o en un centro de salud mental comunitario. Es más intensivo que la atención que se recibe en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) o consejero profesional con licencia, y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>No hay coseguro para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p>Se aplican las reglas de autorización.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>El <i>servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud mental que se ofrece en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural. Es más intensivo que la atención que se recibe en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intensivo que la hospitalización parcial.</p> <p>Nota: Debido a que no existen centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial únicamente como un servicio ambulatorio hospitalario.</p>	
<p>Dispositivo de Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias</p> <p>El Dispositivo de Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias ayuda en caso de caída o cualquier emergencia médica.</p> <p>Por favor, llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener el dispositivo PERS (Personal Emergency Response System).</p>	<p>No hay coseguro, copagos ni deducibles.</p>
<p>Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las visitas en consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos o quirúrgicos necesarios que usted recibe en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su médico de cabecera o por un especialista, si su 	<p>No hay coseguro para los servicios de médicos/profesionales cubiertos por Medicare, incluidas las consultas médicas y las citas de telesalud.</p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>médico lo ordena para determinar si necesita tratamiento médico.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ciertos servicios de telesalud, incluidos los de atención primaria y servicios de especialistas. Usted tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de telesalud.• Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para pacientes de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico hospitalario en un centro de diálisis renal o en el domicilio del paciente• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación• Servicios de telesalud para pacientes con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:<ul style="list-style-type: none">○ Tiene una consulta presencial dentro de los 6 meses previos a su primera consulta de telesalud○ Tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias• Servicios de telesalud para consultas de salud mental ofrecidos por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Federalmente Calificados• Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico de 5 a 10 minutos si:	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none">○ No es un paciente nuevo y○ La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y○ La consulta no conlleva una visita al consultorio en las próximas 24 horas o la cita disponible más próxima.● Evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de este● en un plazo de 24 horas si:<ul style="list-style-type: none">○ No es un paciente nuevo y○ La evaluación no está relacionada con una consulta médica en los últimos 7 días y○ La evaluación no conlleva una consulta médica en las 24 horas siguientes o la primera cita disponible● Consulta que su médico tenga con otros médicos por teléfono, internet o historial clínico electrónico● Segunda opinión antes de la cirugía	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">● Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedos en martillo o espolón en el talón)● Cuidado podológico rutinario para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>Tiene derecho a 10 visitas anuales para atención podológica de rutina, como por ejemplo, tratamiento de uñas encarnadas. Debe acudir a un profesional dentro de nuestra red para este servicio.</p>	<p>No hay coaseguro para los servicios de podología cubiertos por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH</p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraerlo, nosotros cubrimos la medicación para la profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si cumple con los requisitos, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamento PrEP oral o inyectable aprobada por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección.• Hasta 8 sesiones de consejería individual (que incluyen evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia al tratamiento) cada 12 meses.• Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. <p>Una prueba de detección del virus de la hepatitis B.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.</p>
<p> Exámenes de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tacto rectal• Prueba del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p>
<p>Prótesis y órtesis y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (excepto dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Esto incluye, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de prótesis y órtesis; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos</p>	<p>No hay copago para los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Se aplican las reglas de autorización.</i></p>


Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>suministros relacionados con prótesis y órtesis, y la reparación o el reemplazo de prótesis y órtesis. También incluye cierta cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas.</p> <p>Consulte la sección de Cuidado de la Vista más adelante en esta tabla para obtener más detalles.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a muy grave y que cuentan con un referimiento médico para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>No hay copago para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p><i>Se aplican las reglas de autorización.</i></p>
<p> Detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol</p> <p>Ofrecemos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que consumen alcohol en exceso, pero no son alcohólicos.</p> <p>Si la prueba da positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial al año (siempre que esté en condiciones de actuar con lucidez y alerta durante la sesión) impartidas por un médico o profesional de atención primaria cualificado en un centro de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubierto por Medicare para reducir el consumo indebido de alcohol.</p>
<p> Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT)</p> <p>Para las personas que cumplen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son personas de entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>paquetes-año y que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, y que reciben una orden para una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la detección del cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y que debe ser realizada por un médico o un profesional sanitario cualificado no médico.</p> <p>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT posteriores a la prueba inicial: los miembros deben obtener una orden para la prueba de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT. Esta orden puede emitirse durante cualquier consulta apropiada con un médico o un profesional cualificado. Si un médico o un profesional cualificado decide proporcionar una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección del cáncer de pulmón para futuras pruebas de detección con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para este tipo de consultas.</p>	
<p> Detección de la infección por el virus de la hepatitis C</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de cabecera u otro profesional cualificado la solicita y usted cumple con alguna de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tiene un alto riesgo de contraer la hepatitis C debido al uso o uso de drogas inyectables ilícitas.• Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.• Nació entre 1945 y 1965. <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, cubrimos el costo de una prueba. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, si ha seguido usando drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección de la hepatitis C con resultado negativo), cubrimos las pruebas anuales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, STIs) y asesoramiento para la prevención de STIs</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas con mayor riesgo de contraer una STI cuando las pruebas son solicitadas por un médico de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez al año o en ciertos momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones anuales de asesoramiento conductual intensivo, presenciales, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si son proporcionadas por un médico de atención primaria y se llevan a cabo en un centro de atención primaria, como un consultorio médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de STI y el asesoramiento sobre STI cubiertos por Medicare como beneficio preventivo.</p>
<p>Servicios para el tratamiento de la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para los miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV, cuando sean referidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal a lo largo de su vida.</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente)	<p>No hay copago para los servicios de enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p>



Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis hospitalaria (si ingresa como paciente hospitalario para recibir atención especializada) • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en casa) • Equipo y suministros para diálisis domiciliaria • Ciertos servicios de apoyo domiciliario (como, cuando sea necesario, visitas de personal de diálisis capacitado para supervisar su diálisis domiciliaria para ayudar en caso de emergencias y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para la diálisis están cubiertos por Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos de Medicare Parte B en esta tabla.</p>	
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p> <p>(Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos 	<p>Cada período de beneficios usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por los días 1 a 100 • \$0 después de 100 días. <p>Un período de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada.</p> <p>El período de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un centro de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o bien, usted u otra persona puede donar la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none">• Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los centros de enfermería especializada (SNF).• Pruebas de laboratorio que suelen proporcionar los centros de enfermería especializada (SNF).• Radiografías y otros servicios de radiología que suelen proporcionar los centros de enfermería especializada (SNF).• Uso de aparatos como sillas de ruedas que suelen proporcionar los centros de enfermería especializada (SNF).• Servicios médicos. <p>Generalmente, la atención en centros de enfermería especializada (SNF) se brinda en instalaciones de la red. Bajo ciertas condiciones que se detallan a continuación, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red en un centro que no sea parte de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none">• Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilación con atención continua donde residía justo antes de su ingreso al hospital (siempre que brinde atención especializada).• Un centro de enfermería especializada (SNF) donde reside su cónyuge o pareja doméstica en el momento de su alta hospitalaria.	<p>o a un centro de enfermería especializada.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Cesación de fumar y del uso de tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco.• Son competentes y están alertas durante el asesoramiento.• Un médico cualificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda el asesoramiento. <p>Cubrimos dos intentos de cesación por año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con un máximo de ocho sesiones por año para el paciente).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de cesación cubiertos por Medicare para dejar de fumar y consumir tabaco.</p>
<p>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</p> <p>Programa de Salud y Hogar</p> <p>Los miembros que reúnan los requisitos y padezcan una enfermedad crónica podrán obtener alimentos nutricionales aprobados y pagar servicios públicos aprobados como gas, agua, electricidad o alquiler utilizando su tarjeta Mastercard OTC</p> <p><i>Condiciones crónicas elegibles:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Dependencia crónica al alcohol y otras drogas</i>• <i>Trastornos autoinmunitarios</i>• <i>Cáncer (excepto lesiones precancerosas)</i>• <i>Enfermedades cardiovasculares</i>• <i>Insuficiencia cardíaca crónica</i>• <i>Demencia</i>• <i>Diabetes mellitus</i>	<p>Debe comprar artículos saludables aprobados o pagar un servicio público aprobado.</p> <p>La asignación trimestral no es acumulable ni se transfieren los fondos no utilizados.</p> <p>Complete la Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA) o hable con su manejador de caso para identificar una afección crónica y así calificar para este beneficio.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Enfermedad hepática terminal</i> • <i>Enfermedad renal terminal que requiere diálisis</i> • <i>Trastornos hematológicos graves</i> • <i>VIH/SIDA</i> • <i>Enfermedades pulmonares crónicas</i> • <i>Trastornos mentales crónicos e incapacitantes</i> • <i>Trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular</i> <p><i>\$450 por trimestre para artículos saludables aprobados. Use su tarjeta Mastercard OTC para obtener sus alimentos saludables o pagar un servicio público aprobado.</i></p> <p>Compre en tiendas locales o en línea.</p>	
<p>Terapia de Ejercicio Supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET)</p> <p>La SET está cubierta para los miembros que padecen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que incluyan un programa de entrenamiento de ejercicio terapéutico para la PAD en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno ambulatorio hospitalario o en el consultorio de un médico. • Ser impartido por personal auxiliar cualificado, necesario para garantizar que los beneficios superen los riesgos, y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista clínico quien debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia de ejercicio supervisado (SET) cubierta por Medicare.</p> <p><i>Se aplican las reglas de autorización.</i></p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>La SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un profesional de la salud lo considera médicamente necesario.</p>	
<p>Transporte: 96 citas no urgentes</p> <p>La cobertura de transporte de rutina se limita a las ubicaciones aprobadas por el plan (dentro del área de servicio local) proporcionadas por proveedores de transporte contratados por nuestro plan. Si necesita servicios de transporte para exámenes médicos, dentales/ofthalmológicos o citas en la farmacia, llame con al menos 48 horas de anticipación.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible.</p> <p>Tiene 96 viajes de ida al año.</p>
<p>Servicios que requieren atención urgente</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio que requiere atención urgente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, resulta irrazonable, dadas su situación (tiempo, lugar y circunstancias), obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios que requieren atención urgente y solo le cobrará los costos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios que requieren atención urgente son enfermedades y lesiones imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las visitas médicas de rutina necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran servicios que requieren atención urgente, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red de proveedores no está disponible temporalmente.</p> <p><i>Los servicios de atención urgente están cubiertos dentro de los Estados Unidos.</i></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de urgencia cubiertos por Medicare en los Estados Unidos.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Cuidado de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y• tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo el tratamiento para la degeneración macular asociada a la edad. Medicare Original no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones) para anteojos o lentes de contacto.• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma al año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen a quienes tienen antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más.• Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año.• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si se somete a dos cirugías de cataratas separadas, no puede conservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda. <p><i>Tiene un límite de \$400 al año para exámenes de la vista de rutina, refracción, anteojos (marcos y lentes) y/o lentes de contacto.</i></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible.</p>
<p> Visita preventiva de Bienvenida de Medicare</p> <p>Nuestro plan cubre la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>, que se realiza una sola vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como información y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertas pruebas de detección y vacunas), y referencias para otros servicios de atención médica si fuera necesario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> solo durante los primeros 12 meses que tenga Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>.</p>	
<p>Línea de enfermería 24 horas Acceso a una línea de asesoramiento médico bilingüe (inglés/español) disponible las 24 horas, los siete días de la semana, atendida por enfermeras y farmacéuticos. Se ofrece asistencia en varios idiomas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible.</p>

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan

Esta sección le informa qué servicios están excluidos.

La siguiente tabla describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia o solo están cubiertos por el plan en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en la tabla a continuación, salvo en las condiciones específicas que se indican. La única excepción: pagaremos si, tras una apelación, se determina que un servicio de la tabla a continuación es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este folleto).

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos	<p>Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado.</p> <p>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</p>
Cuidado asistencial 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.	No cubierto bajo ninguna condición
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	<p>Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubierto bajo ninguna condición
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubierto bajo ninguna condición
Entrega de comidas a domicilio	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	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.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubierto bajo ninguna condición
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta	No cubierto bajo ninguna condición
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras	No cubierto bajo ninguna condición
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía 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.
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubierto bajo ninguna condición

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 sus medicamentos?

Dado que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Puesto que participa en el programa de “Ayuda adicional”, **cierta información de la Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso**. Le enviamos 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 al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) y pida la *Cláusula adicional LIS*. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contratapa de este documento).

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

Consulte el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios médicos para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene cobertura a través de los beneficios de Medicaid para algunos medicamentos con receta.

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.

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

- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Ver la Sección 2 de este capítulo) o puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos Lista de medicamentos para abreviarla). (Ver la Sección 3 de este capítulo).
- 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 ciertas referencias. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Es posible que su medicamento necesite autorización antes de que lo cubramos. (Para obtener más información sobre las restricciones sobre su cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).

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

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

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

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre 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 al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llame al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. El *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido. Para obtener más información sobre qué costos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos, comuníquese con nosotros.

¿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 en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llame al 711) 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 LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC), comuníquese con Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llame al 711).
- 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.
- 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. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* en www.ephmedicare.com o llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llame al 711).

Sección 2.2 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted 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 con las letras NDS (non-extended day supply) en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo del plan permite que solicite **hasta un suministro de 90 días un suministro**. Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, llame a Servicios para los miembros. El número de teléfono de Servicio para miembros está impreso en la contraportada de este folleto.

Por lo general, el pedido a una farmacia por correo le llegará en un plazo máximo de 7 a 10 días. Si su receta se retrasa y la causa del retraso es responsabilidad de la farmacia por correo, esta farmacia agilizará el envío sin costo alguno para usted. Si su receta se retrasa y se queda sin medicamento, la farmacia por correo puede transferirla a una farmacia local para que usted 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. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o detener.

Si recibe automáticamente por correo una receta que no desea y no se le contactó para preguntarle si la quería antes de enviarla, puede tener derecho a un reembolso.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que sus medicamentos con receta actuales se acaben para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo. La farmacia puede contactarlo para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de indicarle a la farmacia la mejor manera de contactarlo. Nuestro número de teléfono de Servicios al miembro está impreso en la contraportada de este folleto.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro 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).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias*, en www.ephmedicare.com 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 al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llame al 711) para obtener más información.

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

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

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. **Primero consulte con Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llame al 711)** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

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

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total 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 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan). 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 nosotros cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

Nuestro 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 cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La “Lista de medicamentos” incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene cobertura a través de los beneficios de Medicaid para algunos medicamentos con receta.

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 se use el

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

medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que esté en *una* de estas condiciones:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) para el diagnóstico o afección para la que fue recetado.
- O bien, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones, pero se consideran que no están en el Formulario para otras afecciones. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en www.Medicare.gov, junto con las afecciones específicas que cubren.

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

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

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

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

Medicamentos que *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 este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).

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

- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).

Sección 3.2 Hay 6 niveles de costo compartido para los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 – Genérico preferido
- Nivel 2 – Genérico
- Nivel 3 – Marca preferida
- Nivel 4 – Medicamentos no preferidos
- Nivel 5 – Medicamentos especializados
- Nivel 6 – Medicamentos complementarios

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Para saber si un medicamento figura en nuestra Lista de Medicamentos, tiene las siguientes opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por vía electrónica. (Tenga en cuenta lo siguiente: 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 alguno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de medicamentos, deberá visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) para averiguar si lo cubrimos).

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

- Visite el sitio web del plan (www.ephmedicare.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (www.ephmedicare.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y ver un valor estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711).

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 alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará 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.

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

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. Comuníquese con Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) 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**

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

proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Ver Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan basado en criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (usuarios de TTY, llamen al 711) o en nuestro sitio web www.ephmedicare.com.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A es menos costoso, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (usuarios de TTY, marquen 711) o en nuestro sitio web www.ephmedicare.com.

Límites en la cantidad

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

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

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando o uno 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.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

- Puede obtener un suministro temporal del 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

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan O BIEN ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos que realice surtidos múltiples hasta un máximo de 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los miembros que han sido miembros del plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para 31

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

días, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

- *Nivel de atención:* El proceso de transición de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) contempla otras circunstancias en las que podrían surgir transiciones no planificadas para los miembros actuales y en las que los regímenes de medicamentos recetados podrían no estar incluidos en nuestro formulario. Estas circunstancias suelen implicar cambios en el nivel de atención para un miembro que pasa de un entorno de tratamiento a otro, tales como:
 1. Miembros que ingresan a centros de cuidados a largo plazo desde hospitales con una lista de alta de medicamentos del formulario del hospital, considerando una planificación a muy corto plazo (es decir, menos de 8 horas).
 2. Miembros dados de alta de un hospital a su domicilio con una planificación a muy corto plazo.
 3. Miembros que finalizan su estancia en un centro de enfermería especializada con Medicare Parte A (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que necesitan volver a su plan de la Parte D.
 4. Miembros que renuncian a su estatus de cuidados paliativos para volver a los beneficios estándar de Medicare Partes A y B.
 5. Miembros que finalizan su estancia en un centro de cuidados a largo plazo y regresan a la comunidad.
 6. Miembros dados de alta de hospitales psiquiátricos con regímenes farmacológicos altamente individualizados.
 7. Las circunstancias anteriores a menudo resultan en que los miembros y/o proveedores utilicen los procesos de excepciones y/o apelaciones de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP). Para estas transiciones no planificadas, El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) realiza las determinaciones y redeterminaciones de cobertura con la mayor brevedad posible, según lo requiera la condición de salud del miembro.
 8. El proceso de transición de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) garantiza la conciliación adecuada de la medicación del miembro al ser dado de alta de centros de cuidados a largo plazo u otros centros, para que se pueda lograr una transición de atención eficaz.
 - El estándar de atención actual promueve que los cuidadores reciban recetas ambulatorias de la Parte D antes del alta de una estancia de la Parte A. Los miembros, sin culpa alguna, podrían no tener acceso al resto de la receta dispensada previamente.

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

- El proceso de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) permite al miembro acceder a resurtir una receta al ingresar o al ser dado de alta de un centro de cuidados a largo plazo.
9. El plan El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) utiliza datos de reclamaciones para determinar si el miembro ha experimentado un cambio en su nivel de atención y permite un suministro de transición cuando corresponda. Cuando no se pueden utilizar los datos de reclamaciones para determinar un cambio en el nivel de atención, es posible que la farmacia deba llamar a Servicios para Miembros de Navitus para solicitar una autorización en el punto de venta y así realizar este tipo de suministro de transición.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (usuarios de TTY, llamen al 711).

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento.

Hable con su proveedor para ver si hay 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.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción 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. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración de respaldo de su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

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

Sección 5.1 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) y pida 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.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. 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.

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

Los medicamentos de nuestros 6 niveles no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto del costo compartido para los medicamentos de estos niveles.

SECCIÓN 6 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 podrá hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**

- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. En ocasiones recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

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

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si está tomando el medicamento que estamos quitando o sobre el que estamos realizando cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hagamos.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.

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

- **Hacer 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, nos basamos en el recuadro de advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que realicemos estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cualquiera de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que podrían funcionar mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no le afectan durante el año actual del plan

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

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

- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que *no* cubre el plan

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

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

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 o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una indicación *no autorizada* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. 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.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid de su estado (consulte los números de teléfono en la Sección 6 del Capítulo 2). Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre).

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.

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

- 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.

Si está **recibiendo “Ayuda adicional” de parte de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, el programa “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Surtir un medicamento con receta

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de su plan, que puede encontrarse en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan la parte que nos corresponde de los costos de su medicamento.

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC)?

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta

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

a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* www.ephmedicare.com para averiguar si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicios para los miembros. 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.

Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de Medicamentos o que está restringido de alguna manera, vaya a la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o 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 retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. 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.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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.

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.

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

- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar 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 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 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con quienes están autorizados a darle las recetas y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de parte de determinada persona autorizada para darle recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas para darle recetas o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra

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

carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en un Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) programa para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable

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

con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711).

CAPÍTULO 6:

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

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, usamos el término “medicamento” para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. No todos los medicamentos son de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, o por Medicaid.

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utilice la “herramienta de beneficios en tiempo real” (Real Time Benefit Tool) de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos (www.ephmedicare.com), el costo que ve muestra un estimado de los gastos de bolsillo que deberá pagar. También puede obtener información de la “herramienta de Beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Cómo puede obtener información sobre el costo de sus medicamentos?

Como usted es elegible para Medicaid, califica para recibir Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que recibe Ayuda Adicional, es posible que **cierta información en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le aplique**. Le enviamos un folleto aparte, llamado Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Medicamentos Recetados (también conocido como Anexo de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Anexo LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) y solicite el Anexo LIS.

Sección 1.1 Tipos de gastos que usted podría pagar de su bolsillo por medicamentos cubiertos

Hay 3 distintos tipos de costos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D que se le puede solicitar que pague:

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

- El **deducible** es el monto que paga 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** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

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

Los costos que paga de su bolsillo **incluyen** 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):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en 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.
- Cualquier pago realizado por familiares o amigos para el pago de sus medicamentos.
- Cualquier pago realizado para sus medicamentos por la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el VIH/SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAPs, en inglés) y la mayoría de las organizaciones benéficas.

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 \$2,100 en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- 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 con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos con receta de Medicare normalmente no cubre.
- Pagos por sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA).
- 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).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos del Fabricante.

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 llamando a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711).

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

- El informe de la *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,100, se le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.1 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de los medicamentos para los miembros de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)

Hay **tres etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare según El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP). La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Puede ver los detalles de cada etapa en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapas 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

SECCIÓN 3 Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) le explica la etapa de pago en la que se encuentra

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:

- **Costos de bolsillo:** Esto es la cantidad que paga usted. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por “Ayuda adicional” de Medicare, los planes de salud sindicato o empleador, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAPs, en inglés).
- **Costo total de los medicamentos:** Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Si usted surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos un EOB de la Parte D. El EOB de la Parte D incluye:

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

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

Sección 3.1 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 cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos 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, bríndenos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de 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 de medicamentos.

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

- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- 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.
- **Envíenos 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. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAPs, en inglés), un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA, el Servicio de Salud Indígena y organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa del deducible

Debido a que la mayoría de nuestros miembros recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta, la Etapa del deducible no se aplica a la mayoría de ellos. Si usted recibe “Ayuda adicional”, esta etapa de pago no se aplica en su caso.

Si no recibe “Ayuda adicional”, la Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto de deducible del plan, que es de \$615 para el 2026. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes. **Debe pagar el costo total de sus 6 niveles de medicamentos** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los cargos por dispensación para medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$2,100 por sus medicamentos, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta

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 coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

Nuestro plan tiene 6 niveles de costo compartido.

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 – Genérico preferido
- Nivel 2 – Genérico
- Nivel 3 – Marca preferida
- Nivel 4 – Medicamentos no preferidos
- Nivel 5 – Medicamentos especializados
- Nivel 6 – Medicamentos complementarios

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

Sus opciones de farmacias

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. 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.

- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan www.ephmedicare.com.

Sección 5.2 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 monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo por un suministro de un mes (*one-month*) de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) (suministro de hasta 31 días)
Nivel 1 de costo compartido Genérica preferida	coaseguro del 22%	coaseguro del 22%	coaseguro del 22%
Nivel 2 de costo compartido Genérica	coaseguro del 25%	coaseguro del 25%	coaseguro del 25%
Nivel 3 de costo compartido Marca preferida	coaseguro del 25%	coaseguro del 25%	coaseguro del 25%
Nivel 4 de costo compartido Marca no preferida	coaseguro del 25%	coaseguro del 25%	coaseguro del 25%
Nivel 5 de costo compartido Medicamentos especializados	coaseguro del 25%	coaseguro del 25%	coaseguro del 25%

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) (suministro de hasta 31 días)
Nivel 6 de costo compartido Medicamentos suplementales	\$0	\$0	\$0

Si recibe Ayuda Adicional, sus recetas incluirán un copago en lugar de un coseguro, según su nivel de subsidio para personas de bajos ingresos (LIS).

- Copago de \$1.60 o
- Copago de \$4.90 o
- Copago de \$5.10 o
- Copago de \$12.65

Para obtener información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 8 de este capítulo.

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 suministro para el mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o su proveedor le gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). 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 sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, usted no tendrá que pagar el suministro para un mes completo.

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.

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

- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar del mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos anuales de bolsillo alcancen los \$2,100.

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos totales de bolsillo alcancen los \$2,100. Luego pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

El EOB de la Parte D que reciba le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted, nuestro plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de \$2,100 en gastos de bolsillo en un año.

Le notificaremos si alcanza esta cantidad. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de \$2,100 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 de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.
- En el caso de los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado, usted paga un copago.

SECCIÓN 7 Lo que usted paga de Vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos del plan o comuníquese con Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) para obtener detalles de cobertura y costo compartido sobre vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- 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).

Sus costos de la Parte D dependen de tres elementos:

1. Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP), y no le cuestan nada.

2. Dónde obtiene la vacuna.

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

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se le administra 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 ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted no pagará nada a la farmacia por la vacuna en sí, que incluye 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 obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- 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.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos el copago por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde le administraron la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted no pagará nada a la farmacia por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó.

Las normas de cobertura de las vacunas son complejas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que llame a Atención al Miembro siempre que tenga previsto vacunarse. (Los números de teléfono de Atención al Miembro se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red le facturan directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos, usted no debe recibir ninguna factura por concepto de servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que haya recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios y los medicamentos. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

Si usted ya pagó los medicamentos un servicio o artículo de Medicare cubiertos por el plan, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (la acción de devolver el dinero, con frecuencia, se denomina **reembolso**). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le reembolsaremos los costos de los servicios o medicamentos.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o posiblemente por un importe más alto que la parte que le corresponde del costo compartido, según se detalle en este documento. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

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

- Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que le facture al plan.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que 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 por el servicio, le reembolsaremos.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan directamente. Sin embargo, a veces, cometen errores y le solicitan el pago.

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, 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.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

6. Cuando 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 del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. 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 la parte que *nos* corresponde del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos la parte que nos corresponde del costo por el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos ya sea llamándonos o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, 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.ephmedicare.com o llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) y pida el formulario.

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

**El Paso Health Medicare Advantage
Attn: Claims Department
P.O. Box 971370
El Paso, Texas 79997-1370**

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos el servicio o medicamento. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si aún no

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

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

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos el medicamento o la atención médica, 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. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades interculturales (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en español u otros idiomas, 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 sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711).

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para consultar con una especialista en salud de la mujer o encontrar una especialista en redes, llámenos para presentar un reclamo ante El Paso Health Medicare Advantage Dual (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 al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir a un [proveedor de atención primaria \(PCP\)](#) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una remisión.

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

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede 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.
- Tiene derechos relacionados con su 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

- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - 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; en general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

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 al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP), usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

***Nota:** En Texas, si no deja instrucciones sobre qué hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo, se designará a una persona o grupo de personas para que tomen decisiones médicas por usted. Recuerde que siempre tiene derecho a dejar instrucciones sobre 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:

- Completar 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 en estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. 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.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un 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 al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) para solicitar los formularios.
- **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. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- El hospital 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 se menciona, puede presentar una queja ante *Acentra*, (*the Texas Quality Improvement Organization*). Llame gratis al 888-315-0636 o consulte la sección 4 del capítulo 2 para información de contacto adicional.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

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, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

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 en los siguientes lugares para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711)**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)** al 1-855-937-2372.
- **Puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (usuarios TTY llamen 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 al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711)**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)** al 1-855-937-2372.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)*. (La publicación está disponible en: Medicare Rights & Protections)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (usuarios TTY llamen al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro del plan

- Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711).
- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.

- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o 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 obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de 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 tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios, RRB en inglés).**

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para abordar problemas e inquietudes. El proceso que usted utiliza para abordar sus problemas depende de dos factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711).
2. El tipo de problema que tenga:
 - Para algunos problemas, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.
 - Para otros problemas, debe usar el proceso para presentar quejas, también denominado reclamos.

Estos dos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información en este capítulo lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

Sección 1.1 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 facilitar las cosas, este capítulo usa palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales.

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

No obstante, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente al 1-833-742-3125 (usuarios TTV llamen al 711) para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación se presentan dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. 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 documento encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede ingresar en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Servicios de Salud y Humanos de Texas: Llame al 1-800-252-8263 o al 211 de 8:00 a.m. a 5:00 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 con dificultades auditivas o del habla. Escriba a: HHSC, P.O. Box 149024, Austin, Texas 78714-9024.

Visite el sitio web de Medicaid:

<https://yourtexasbenefits.hhsc.texas.gov/programs/health>

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Como usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, puede utilizar diferentes procesos para abordar su problema o queja. El proceso que se utilizará depende de si el problema se relaciona con los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema corresponde a un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema corresponde a un beneficio cubierto por Medicaid, entonces debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea obtener ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con Servicios para los miembros al 1-833742-3125 (usuarios TTY llamen al 711).

Los procesos de Medicare y de Medicaid se describen en distintas partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debe leer, utilice la siguiente tabla.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o con los beneficios de Medicaid?

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la **Sección 4, Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Avance a la **Sección 12** de este capítulo, **Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid**.

SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos con receta de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la **Sección 5, Una guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía de “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos, servicios y medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Si quieres saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puedes pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura por ti. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión

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

de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación. Usted tiene derecho a una apelación de nivel 1 si El Paso Health no le notifica su decisión a tiempo. Esta omisión constituye una decisión desfavorable.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

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

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.1 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios para los miembros al 1-833742-3125 (usuarios TTY llamen al 711).**
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ephmedicare.com
 - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.

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

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su **representante** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) y pida el formulario de Nombramiento de representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.ephmedicare.com. El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 5.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6:** Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 9:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto. (*Se aplica solo a estos*

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

servicios: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los miembros al 1-833742-3125 (usuarios TTY llamen al 711). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene de atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no autorizó la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación Sección 6.3.**

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

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (**Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF**), debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales**

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **decisión acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se toma dentro de los 7 días en los que el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días para todos los demás artículos y servicios, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para recuperar la funcionalidad.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.

Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:

- Explique que usaremos los plazos estándar.
- Explica que si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Explica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario a partir de haber recibido su solicitud de un artículo o servicio médico sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicita no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibida su solicitud de un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicitar a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.

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

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
 - **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término Legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se la denomina IRE (del inglés “Independent Review Entity”).

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

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en el plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de **14 días calendario** de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** o brindar el servicio **en el plazo de 72 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** o **en el plazo de 24 horas** de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
 - Explique su decisión.
 - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de la atención médica que solicita alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

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

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le una factura que haya recibido por concepto de atención médica?

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por *Medicaid*, envíenos la factura. **Usted no debe pagar la factura.** Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Sin embargo, si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si cumplió las normas para obtener el servicio o artículo.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo en un plazo normalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 6.3.

En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término Legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**

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

- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura Sección 7.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?**Términos legales**

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **excepción al Formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **excepción al Formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Este es un ejemplo de excepción que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos.

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

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones**Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término Legal
Una decisión de cobertura rápida se denomina una determinación de cobertura acelerada .

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

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe estar pidiendo un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
 - Que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
 - Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), el cual está disponible en nuestro sitio web www.ephmedicare.com. El Capítulo 2

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

contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.

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

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama redeterminación .
Una apelación rápida también se denomina redeterminación acelerada .

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al (1-833-742-3125).** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid* (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web www.ephmedicare.com. Asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

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

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término Legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se la denomina IRE (del inglés “Independent Review Entity”).

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario siguientes** a la fecha de la notificación escrita.
- Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo**

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

según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

- ***En el caso de las apelaciones rápidas:***
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- ***En el caso de las apelaciones estándar:***
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que

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

aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explique su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

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

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Dice lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

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

3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
 - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en <http://www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im>.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP), una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en la sección 3, capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad antes de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
 - **Si usted cumple con este plazo**, es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
 - Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después en que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
 - Para obtener una muestra del Aviso detallado del alta, puede llamar a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en <http://www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im>

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

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

- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que **deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad.
Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar* su atención.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término Legal
<p>Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una apelación rápida. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.</p>

1. Recibirá un aviso por escrito al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:

- La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
- Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.

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

- 2. Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 9.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP), una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. **La Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una apelación rápida. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no Cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no Cobertura de Medicare*.

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

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, es posible que aún tenga derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad utilizando la información de contacto que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado se encuentra en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.**Término Legal**

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.**¿Qué sucede si los revisores aceptan?**

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**

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

- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en el que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

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

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un Juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a

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

apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelarse esta decisión en el Nivel 5.

- Si decidimos *no* apelarse la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelarse la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un **juez de Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que fue aprobada por el Consejo dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le indicará que puede hacer para pasar a una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos que fue aprobada por el Consejo dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que recibirá le indicará si las reglas le permiten presentar una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del Tribunal Federal de Primera Instancia revisará su apelación.

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

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Cómo presentar una queja

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?

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

Queja	Ejemplo
<p>Información que obtiene de nosotros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha pedido que le demos una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
<ul style="list-style-type: none"> • Una queja también se denomina reclamo. • Presentar una queja también se denomina interponer un reclamo. • Usar el proceso para quejas también se denomina usar el proceso para interponer un reclamo. • Una queja rápida también se denomina reclamo acelerado.

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

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711).** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
 - Usted, un representante o su médico tratante, incluyendo 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 posteriores a la fecha del incidente.
 - Todas las quejas, incluyendo las relacionadas con la calidad de la atención, independientemente de cómo se presenten, deben ser respondidas por escrito. Se investigarán con la mayor rapidez posible, según lo requiera el caso y su estado de salud, pero a más tardar 30 días después de la recepción de la solicitud o dentro de las 24 horas para quejas urgentes.
 - Podemos conceder una extensión de 14 días si usted la solicita o si justificamos la necesidad de información adicional y cómo la demora beneficia sus intereses.
- El plazo para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

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

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en <http://www.medicare.gov/my/medicare-complaint>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Puede presentar una queja sobre El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Para obtener más información sobre las apelaciones y quejas de los miembros relacionadas con los servicios cubiertos por Medicaid, consulte la Sección 6 del Capítulo 2 o comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en el reverso de este folleto).

CAPÍTULO 10:

Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) puede ser de forma **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- 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, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

- La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan Medicare cualquier mes, incluso:
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática), o
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicaid a Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

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

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

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.

- Para obtener información sobre las opciones de planes de Medicaid, comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado al 1-800-252-8263 o al 211.
- Otras opciones del plan de salud de Medicare están disponibles durante el **Período de inscripción anual**. En la Sección 2.2 encontrará más información sobre el Período de inscripción anual.
- **Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el Período de inscripción abierta anual). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija 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, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si reúne los requisitos, un plan D-SNP integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:

Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare distinto, 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 una cobertura de medicamentos con receta de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional, y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan de MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede realizar lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC).
- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo reúna los requisitos para ciertos Períodos de Inscripción Especial. El Sección 10 del Capítulo 5 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- Si reúne los requisitos, un plan D-SNP integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional, y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:

Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare distinto, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2 encontrará más información sobre el Período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid y reciben Ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711)**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)***.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

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.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.• Su inscripción en el plan El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Original Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.• Su inscripción en el plan El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) si necesita más información sobre cómo hacer esto.• También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- Su inscripción en el plan El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional, y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de Medicaid de Texas, comuníquese al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas 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 la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan el modo en que obtiene su cobertura de Medicaid de Texas.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Tiene 6 meses a partir de la fecha de notificación de la posible pérdida de elegibilidad para

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

presentar prueba de elegibilidad y así permanecer inscrito en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP). Si no demuestra que continúa siendo elegible, por ejemplo, con la tarjeta de Medicaid o la Carta de Aprobación, se le dará de baja por pérdida de la Condición de paciente con necesidades especiales.

- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya 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 proporciona cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en 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 manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (usuarios de TTY llamen al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ningún motivo relacionado 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 su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 1-877-486-2048.

Sección 5.2 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. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* 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. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben 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. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. 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 por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

Note: Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud sobre discriminación o trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su oficina local de Derechos Civiles. También puede consultar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

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 de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: (1) proporcionado por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos basado en criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

Coseguro: un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo compartido estándar: es el costo compartido estándar que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier 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 (y, si está embarazada, la pérdida del feto), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapas de Cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

nombre) haya gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. [Durante esta etapa](#) de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga un costo compartido para los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto umbral que paga de su bolsillo.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: 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 decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (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 nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para inscritos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Hospicio: un beneficio que otorga un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un Precio Justo Máximo.

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

Médico de atención primaria (Primary Care Physician/Provider, PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Puesto que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Si pierde la “Ayuda adicional”, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Parte C: consulte el Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: La manera en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción abierta: El período entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales para atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles de MA que tienen afecciones específicas graves y crónicas

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Espaciales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Espaciales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): un tipo de plan que inscribe a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Prima: 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.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y que funciona como la comparación para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Programa de descuentos del fabricante: un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Programa de Manejo de la Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management Program, MTM): un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas, ofrecido a personas que cumplen ciertos requisitos o que participan en un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una consulta con un farmacéutico o un profesional de la salud para revisar los medicamentos.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **Proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. 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 con el que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Remisión: Una orden escrita de su médico de cabecera para que usted visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no cubra los servicios de un especialista.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de parte de proveedores de la red con los que el plan tiene un contrato. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Servicios preventivos: Atención destinada a prevenir enfermedades o detectarlas en una fase temprana, cuando el tratamiento tiene más probabilidades de ser efectivo (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicios para los miembros de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)

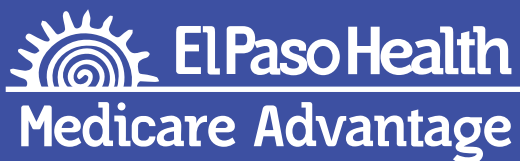
Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	<p>1-833-742-3125</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1° de octubre al 31 de marzo de 8:00a.m. a 8:00p.m., los siete días de la semana y del 1° de abril al 30 de septiembre de 8:00a.m. a 8:00p.m.</p> <p>De lunes a viernes. Servicios de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés. Servicios para los miembros 1-833-742-3125 (usuarios TTY llamen al 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Del 1° de octubre al 31 de marzo de 8:00a.m. a 8:00p.m., los siete días de la semana y del 1° de abril al 30 de septiembre de 8:00a.m. a 8:00p.m., de lunes a viernes</p>
FAX	915-532-2286
ESCRIBA A	<p>El Paso Health Medicare Advantage</p> <p>P.O. Box 971100</p> <p>El Paso, TX 79997-1100</p>
SITIO WEB	www.ephmedicare.com

Programa de Asesoramiento e Información sobre Salud de Texas SHIP (HICAP)

El Programa de asesoramiento e información sobre salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) 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
LLAME AL	1-855-937-2372
TTY	<p>711</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p>
ESCRIBA A	<p>701 W. 51st Street</p> <p>Austin, Texas 78751</p>
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, 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, escribanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



1145 Westmoreland Dr.,
El Paso, Texas 79925

Cómo comunicarse con El Paso Health
Medicare Advantage (HMO D-SNP)

**Los miembros pueden
comunicarse gratis al
1-833-742-3125**

Usuarios TTY: 711

Estámos disponibles:

- Del 1º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm
Diario, Tiempo de montaña
- Del 1º de abril al 30 de septiembre, 8:00 am a 8:00 pm
Tiempo de montaña de lunes a viernes.

ephmedicare.com