



Evidencia de cobertura 2026

El Paso Health Total (HMO)

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura 2026:

Los beneficios y servicios de salud como miembro de *El Paso Health Total (HMO)*.

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica 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.
- Nuestros beneficios médicos
- 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 1-833-742-2121. (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 Total (HMO), 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 Total (HMO).

Este documento está disponible de forma gratuita en inglés. También puede solicitar esta información en otros formatos, como 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.

H3407_002EOC_C Spn

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

Nuestro formulario, la red de farmacias y/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**Table of Contents**

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro.....	5
SECCIÓN 1 Usted es miembro de El Paso Health Total (HMO)	5
SECCIÓN 2 Requisitos necesarios para ser miembro del plan.....	6
SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá.....	7
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026.....	8
SECCIÓN 5 Mantener actualizado su registro de miembro del plan	9
SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	10
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes	12
SECCIÓN 1 Contactos de El Paso Health Total (HMO)	12
SECCIÓN 2 Cómo Obtener Ayuda de Medicare.....	16
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance, SHIP).....	18
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO).....	18
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	19
SECCIÓN 6 Medicaid	20
SECCIÓN 7 Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)	21
SECCIÓN 8 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?	22
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos	23
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	23
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica	25
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	29
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	31
SECCIÓN 5 Servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	31
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	34
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero	35

Índice

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted).....	37
SECCIÓN 1	Cómo comprender los servicios cubiertos.....37
SECCIÓN 2	Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos39
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)76
CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos.....	80
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos.....80
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió82
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no83
CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades.....	84
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales84
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro del plan90
CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	92
SECCIÓN 1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud92
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada92
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?93
SECCIÓN 4	Guía para decisiones de cobertura y apelaciones94
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....97
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto.....106
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.112
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5.....116
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes118

Índice

CAPÍTULO 8: Cancelación de su membresía en el plan..... 122

SECCIÓN 1	Cancelación de su membresía en nuestro plan.....	122
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	122
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	124
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan	125
SECCIÓN 5	El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	125

CAPÍTULO 9: Avisos legales 127

SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	127
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	127
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	128

CAPÍTULO 10: Definiciones de palabras importantes 129

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de El Paso Health Total (HMO)

Sección 1.1 Usted está inscrito en El Paso Health Total (HMO), que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura médica de Medicare a través de nuestro plan, El Paso Health Total (HMO). Nuestro plan cubre todos los servicios de las Partes A y B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

El Paso Health Total (HMO) es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud, Health Maintenance Organization en inglés,) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

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 Total (HMO) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción 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 Total (HMO) 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 Total (HMO) 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 Total (HMO) 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 2.2, 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.
- Estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para El Paso Health Total (HMO)

El Paso Health Total (HMO) 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 como los condados de El Paso y Hudspeth.

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

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 1-833-742-2121 (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 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 2.3 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 Total (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. El Paso Health Total (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros que recibirá****Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan**

Utilice su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si la tiene. Ejemplo de tarjeta de membresía:

		El Paso Health Total (HMO)	
Name:	PCP:	\$0	
ID:	Specialist:	\$25	
PBP: H3407_002	Emergency Room:	\$140	
Plan: El Paso Health Total (HMO)	PCP Name:		
Effective Date:	PCP Phone:		
Pharmacists Only:	EPHMedicare.com		
Navitus: 1-866-270-3877	MedicareRx		
RxBin: 610602	Prescription Drug Coverage		
RxPCN: NVTD			
RxGRP: EHD002			

Medical Providers: Electronic Claims Availity Payer ID: EPF07 Paper Claims: El Paso Health Medicare P.O. Box 971370 El Paso, TX 79997-1370 Eligibility & Prior Authorization 1-833-742-2121 Liberty Dental: 1-888-352-7924	For Members: In case of emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. Member Services: 1-833-742-2121 (TTY: 711) Behavioral Health Services: 1-877-379-7647 Pharmacy Benefits: 1-833-742-2121 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 Total (HMO), es posible que tenga que 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 1-833-742-2121 (Usuarios TTY llamen al 711) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* 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

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

fuera del área y casos en los que El Paso Health Total (HMO) 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 1-833-742-2121 (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 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a esta cantidad. Consulte la sección 4.1 para obtener más detalles.	\$0
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos por las Partes A y B. (Consulte el Capítulo 4, Sección 1.4 para obtener más detalles).	\$4,000
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 por visita
Visitas al consultorio de especialistas	\$25 por visita
Estancias hospitalarias de pacientes internados	Copago de \$100 por 1-5 días Copago de \$0 por 6-90 días

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)

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan El Paso Health Total (HMO).

Su cobertura se proporciona a través de un contrato con su empleador actual o anterior, o sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato para obtener información sobre la prima de nuestro plan.

Las primas de Medicare Parte B varían según los ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual Medicare & You 2026 en la sección

llamada Costos de Medicare 2026. Descargue una copia del sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY: llamen al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare**

Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También es posible que deba pagar una prima por la Parte A, si no reúne los requisitos para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 La prima mensual de nuestro 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.

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.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- 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 1-833-742-2121 (Usuarios TTY llamen al 711).

También es importante que se comuniquen 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 1-833-742-2121 (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

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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 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, los planes de salud grupales de los empleadores y/o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de El Paso Health Total (HMO)

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 Total (HMO) al 1-833-742-2121 (usuarios TTY llamen al 711). Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para los miembros: información de contacto

LLAME AL	1-833-742-2121 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. Nuestro sistema automatizado está disponible en cualquier momento para opciones de autoservicio. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. El Servicio para miembros 1-833-742-2121 (usuarios TTY llamen al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 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.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

	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. 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 971100 El Paso, Texas 79997-1100
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. 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, consulte el Capítulo 7.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica: información de contacto

LLAME AL	1-833-742-2121 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

	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. 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. 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.
FAX	915-298-7872
ESCRIBA A	El Paso Health Medicare Advantage P.O Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100
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, 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 7.

Quejas sobre la atención médica: información de contacto

LLAME AL	1-833-742-2121 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), 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 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.
-----------------	---

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

TTY	711 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. 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. 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.
FAX	915-298-7872
ESCRIBA A	El Paso Health Medicare Advantage P.O Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre El Paso Health Total (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitar que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica que recibió

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 5 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 7.

Solicitudes de pago: información de contacto

LLAME AL	<i>Solicitudes de pago de las Partes C y D</i> 1-833-742-2121 Las llamadas a este número son gratuitas. 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
-----------------	---

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

	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. 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	<i>Solicitudes de pago de las Partes C y D</i> 711 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. 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.
FAX	915-298-7872
ESCRIBA A	El Paso Health Medicare Advantage 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 (denominados CMS en inglés). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

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

LLAME AL	1-800-MEDICARE (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 • Obtenga información sobre el plan de salud y medicamentos de su área, incluyendo su costo y los servicios que brindan. • 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 Total (HMO). 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.

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. 51 st 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 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 1-855-842-4776
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.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique 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.
-----------------	---

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

	El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. 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. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. **Estos Programas de ahorro de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** 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+)).
- **Beneficiario de Medicare Específicamente de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
- **Persona Calificada (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Discapacitadas y Trabajadoras Calificadas (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene alguna pregunta sobre Programas de ahorro de Medicaid y Medicare, 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
TTY	711

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

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

AAA de Rio 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.
ESCRIBA A	8037 Lockheed, Ste. 100 El Paso, TX 79925
SITIO WEB	https://apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/

SECCIÓN 7 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.
-----------------	--

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

	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

SECCIÓN 8 ¿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 1-833-742-2121 (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). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuanto paga usted cuando obtiene servicios, utilice la tabla de beneficios del Capítulo 4.

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 paga 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, y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, El Paso Health Total (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y cumplir con las normas de cobertura de Original Medicare.

El Paso Health Total (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** en el capítulo 4.
- **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 (una remisión) 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.
 - 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).
- **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 exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa 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, usted paga lo mismo que si recibiera la atención de un proveedor de la red. 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

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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

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?

Un médico de atención primaria (PCP) es un médico que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica.

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

Recibirá atención médica básica o de rutina de su médico de cabecera (PCP, en inglés). Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro. Su PCP le brindará la mayor parte de la atención y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro. Esto incluye radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, hospitalizaciones y atención de seguimiento. La coordinación de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores sobre su atención y su evolución. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP le ayudará a organizar su atención, como derivarte a un especialista.

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

¿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 Servicios al miembro 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.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica 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:

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- 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 1-833-742-2121 (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.

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:

- 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.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- 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).

¿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.
 - 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 Servicios al miembro al 1-833-742-2121 (usuarios TTY llamen al 711) para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- 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 7.

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 1-833-742-2121. 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.

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.

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

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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.

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

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 nuestro plan.

Visite 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, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red.

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 5 para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, debe pagar el costo total

El Paso Health Total (HMO) 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.

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,

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

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 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, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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 los servicios?

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:

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

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- 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.

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 5.

Ejemplo de costos compartidos en un ensayo clínico: Supongamos que se realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos de esta prueba es de \$20 con Medicare Original, pero la prueba costaría \$10 con nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Usted notificaría a nuestro plan que recibió un servicio elegible para un ensayo clínico y enviaría la documentación (como la factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de \$10, la misma cantidad que usted paga con los beneficios de nuestro plan.

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.

Obtenga más información de como participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga 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).

[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 Cómo 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.

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 Total (HMO), 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 1-833-742-2121 (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 Total (HMO) cubrirá lo siguiente:

Capítulo 3: Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos

- 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 Total (HMO) 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**

La 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 Total (HMO). 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 Gastos de bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos.

Los tipos de gastos de bolsillo que usted podría pagar por los servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga el copago al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga el coseguro al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguro. Si usted participa en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB.

Sección 1.2 ¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos por Medicare Parte A y Parte B?

Los planes Medicare Advantage tienen límites en la cantidad total que usted debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por Medicare Parte A y Parte B o por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto MOOP es de \$4,000.**

Las cantidades que usted paga por copagos y coseguros de los servicios cubiertos dentro de la red se toman en cuenta para este límite máximo de gastos de bolsillo. Además, las

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

cantidades que usted paga por algunos servicios no cuentan para su límite máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos. Si alcanza el límite máximo de gastos de bolsillo de \$4,000 no tendrá que pagar ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos por la red de Medicare Parte A y Parte B. 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 1.3 Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales

Como miembro de El Paso Health Total (HMO), usted cuenta con una importante protección, ya que solo paga su copago cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldo:

- Si su copago es una cantidad fija en dólares, (por ejemplo, \$15.00), usted paga solo esa cantidad por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su coseguro es un porcentaje del total de los cargos, usted nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esta se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una remisión o en casos de emergencia o para servicios que se necesitan con urgencia).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores que no participan. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una remisión o para emergencias o para servicios que se necesitan con urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo pendiente, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-2121 (Usuarios TTY llamen al 711).

SECCIÓN 2 Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que El Paso Health Total (HMO) cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. 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. Esto significa que usted paga al proveedor el costo total por los servicios fuera de la red que recibe.
- 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.
- 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** y en *cursiva*.
- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual Medicare y Usted 2026). Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite 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. Sin embargo, si durante la visita en la que recibe el servicio preventivo también recibe tratamiento o seguimiento por una afección médica existente, se aplicará un copago por la atención recibida para dicha afección.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



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
 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
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	<u>Ambulancia de emergencia</u> <u>Ambulancia terrestre</u> – Copago de \$300 por fecha de servicio independientemente

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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.	del número de traslados <u>Ambulancia aérea</u> – Coseguro del 20% por fecha de servicio independientemente del número de traslados <u>Ambulancia no urgente</u> <u>Ambulancia terrestre</u> – Copago de \$300 por fecha de servicio independientemente del número de viajes <u>Ambulancia Aérea</u> – 20% de coseguro por fecha de servicio independientemente del número de viajes <i>Se requiere autorización para servicios de Medicare no urgentes</i>
 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 salud actual y factores de riesgo. Esta visita está cubierta una vez cada 12 meses. 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 <i>Bienvenida a Medicare</i> para tener	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	
 Medición de la masa ósea 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • 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	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca 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. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca regulares.	<u>Consultorio de Especialistas</u> – Copago de \$25 <u>Rehabilitación Cardíaca Intensiva</u> – Copago de \$25 <u>Rehabilitación Pulmonar</u> – Copago de \$25 Se requiere autorización
 Consulta para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (tratamiento para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta anual con su médico de cabecera para	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de terapia conductual intensiva para la prevención de

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
ayudarle 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.	enfermedades cardiovasculares.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares 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).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares, que están cubiertas una vez cada 5 años.
 Detección del cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos únicamente la manipulación manual de la columna para corregir la subluxación.	<u>Consultorio de Especialistas</u> – Copago de \$15 Se requiere autorización
 Detección del cáncer colorrectal Se incluyen las siguientes pruebas de detección: • 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	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

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 colonoscopia. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible. - 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.	sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y sujeto a un copago de \$90 por enema de bario.
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de	El costo compartido de este servicio variará según los servicios individuales

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	prestados durante el tratamiento. – Copago de \$25
Servicios dentales 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: • Copago de \$0 por examen bucal. 2 al año. • Copago de \$0 por radiografías dentales. 2 al año. • Copago de \$0 por servicios dentales de diagnóstico. Se requiere autorización. • Copago de \$0 por endodoncia: 1 por diente de por vida. Se requiere autorización. • Copago de \$0 por profilaxis (limpieza). 2 al año. • Copago de \$0 por tratamiento con flúor. 2 al año. • Copago de \$0 por servicios de restauración. Empastes restauradores: uno por superficie y por diente cada 2 años. Incrustaciones restauradoras: una por diente cada 5 años. Coronas restauradoras: una por diente cada 5 años. Reparación restauradora: ilimitada. • Copago de \$0 por prostodoncia removible. Prótesis dentales: un juego cada 5 años. Ajustes/reparaciones de prótesis dentales: 1 por arco al año. Línea roja de la dentadura: una por arco cada 2 años. • Copago de \$0 para prostodoncia fija. Prótesis parciales (puentes): una por diente cada 5 años.	Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones. Los beneficios dentales de este plan podrían no cubrir todos los códigos de procedimiento. Cualquier servicio no mencionado no estará cubierto por el plan y será responsabilidad del miembro. Nuestro proveedor dental es Liberty Dental. Debe consultar con un proveedor de la red para usar este servicio. – Copago de \$25

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Copago de \$0 para cirugía oral y maxilofacial. Extracciones quirúrgicas: 1 por sitio/cuadrante de por vida. 1 consulta al año. • Copago de \$0 para servicios generales complementarios. Protectores oclusales: 1 cada 3 años. Teleodontología: 2 al año. Cobertura máxima combinada de \$1,500 al año para beneficios de diagnóstico/prevenición e integrales. <i>Además, cubrimos los beneficios dentales suplementarios obligatorios de Medicare, como atención dental diagnóstica, preventiva e integral.</i>	
 Detección de la depresión 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de la depresión.
 Detección de diabetes 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 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. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación en el autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros. For all people who have diabetes (insulin and non-insulin users). Covered services include:	<u>Suministros para el control de la diabetes</u> – Coaseguro del 20%

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• 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. <i>Nuestros proveedores preferidos de suministros para la diabetes son Abbott y Roche.</i>	<u>Zapatos y plantillas para diabéticos</u> – Copago de \$0 <i>Se requiere autorización</i> <u>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</u> – Copago de \$0
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 y el Capítulo 3) 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. Si nuestro proveedor en su zona no ofrece una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web: www.ephmedicare.com Generalmente, El Paso Health Total (HMO) cubre cualquier DME 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	Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es de un 20% de coaseguro. Su costo compartido para los siguientes artículos médicos duraderos, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso domiciliario, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores, es de un 20% de coaseguro.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
proveedor nos indique que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en El Paso Health Total (HMO) y utiliza una marca de DME 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). 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 7).	
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. 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 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. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que reciba fuera de la red es el mismo que cuando los recibe dentro de la red. <i>El plan El Paso Health Total (HMO) no cubre la atención de emergencia a nivel mundial.</i>	– Copago de \$140 El copago no se aplica si ingresa al hospital dentro de las 24 horas posteriores a su visita a urgencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita hospitalización después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, debe trasladarse a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Programa Ponte en Forma Como miembro, obtiene una membresía mensual premium (tarjeta negra) para cualquier centro Planet Fitness. Tendrá acceso a todo el equipo, clases, entrenamientos exclusivos de la app Planet Fitness y a cualquier instalación ubicada en Estados Unidos. También puedes llevar a un invitado en cualquier momento gratis. Se aplican restricciones a todos los invitados: solo pueden usar las instalaciones y el equipo de ejercicio si están acompañados por un miembro de nuestro plan. O bien, una membresía mensual para cualquier centro YMCA local con acceso a cualquier ubicación, clases y equipo. <i>Debe elegir una u otra opción.</i>	No hay coseguro, copago ni deducible. <i>Debe usar su ID de Miembro para registrarse en el gimnasio y obtener este servicio.</i>
 Programas de educación sobre salud y bienestar El Paso Health Total (HMO) 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 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. 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. 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. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos 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. Debe consultar a un proveedor dentro de la red para utilizar este servicio.	<u>Servicios de audición cubiertos por Medicare</u> <u>Consultorio de especialista</u> – Copago de \$25 <u>Audífonos cubiertos</u> Copago de \$525 por audífono de entrada Copago de \$700 por un audífono básico Copago de \$1,000 por un audífono de primera. Dos audífonos al año.
 Pruebas de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. • Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para las pruebas preventivas de detección del VIH cubiertas por Medicare.
Atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y asistencia domiciliaria a tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica	<u>Atención médica domiciliaria</u> – Copago de \$0 por servicios en el domicilio del afiliado. <u>Equipo médico duradero.</u> – Coaseguro del 20% para suministros proporcionados

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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	por un proveedor de equipo médico duradero.
Terapia de infusión domiciliaria 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). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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. <i>Puede requerirse autorización previa.</i>	<u>Atención médica domiciliaria</u> – Copago de \$0 por servicios en el domicilio del miembro <u>Equipo médico duradero</u> – Coaseguro del 20%

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidados de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria 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. 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. Para servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que no estén relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita	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 Total (HMO). — \$0 de costo compartido para servicios de consulta de hospicio.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
servicios no urgentes y no de emergencia cubiertos por 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). • 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. Para los servicios cubiertos por El Paso Health Total (HMO) pero no cubiertos por Medicare Parte A o B: El Paso Health Total (HMO) 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. Nota: Si necesita atención no relacionada con cuidados paliativos (cuidados que no estén vinculados a su pronóstico terminal), contáctenos para coordinar los servicios. 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.	
 Vacunas Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen: • Vacunas contra la neumonía	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe/influenza, hepatitis B y COVID-19.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• 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 También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.	
Atención hospitalaria para pacientes internados 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • 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	El costo compartido de hospitalización comienza el primer día de cada ingreso hospitalario. <u>Días 1 a 5:</u> – copago de \$100 por día. <u>Días 6 a 90:</u> – copago de \$0 por día. Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, su costo será el más alto que pagaría en un hospital de la red.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• 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 Total (HMO) 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 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. • Servicios médicos 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	

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital. 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.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico 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. 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.	El costo compartido de hospitalización psiquiátrica comienza el primer día de cada ingreso para recibir atención psiquiátrica. <u>Días 1 a 5:</u> – copago de \$100 por día. <u>Días 6 a 90:</u> – copago de \$0 por día.
Estancia hospitalaria: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estancia hospitalaria no cubierta. 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 (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio)	Cuando la hospitalización no esté cubierta ni sea razonablemente necesaria, usted pagará el costo del servicio.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• 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 dislocaciones • 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.	
Beneficio de Comidas (Tras el Alta) Como miembro de nuestro plan, recibirá 14 comidas tras ser dado de alta de un Centro de Enfermería Especializada o un Hospital. Las comidas se basan en restricciones dietéticas.	No hay coseguro, copagos.
 Terapia nutricional médica 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. 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, 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	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
médico debe prescribir estos servicios y renovar su derivación u orden anualmente si su tratamiento se requiere durante el siguiente año calendario.	
 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio MDPP.
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: • 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. • 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	<u>Medicamentos de quimioterapia</u> — Coseguro del 20% Se requiere autorización <u>Medicamentos de Insulina de la Parte B de Medicare</u> — Coseguro del 20% Se requiere autorización <u>Otros medicamentos de la Parte B de Medicare</u> — Coseguro del 20% Se requiere autorización No pagará más de \$35 de copago por un suministro mensual de insulina de la Parte B cubierta por nosotros.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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. • 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) del medicamento inyectable. • 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.	Puede haber un costo por la administración de un medicamento de la Parte B.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• 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) Este enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: www.ephmedicare.com. También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de la Parte B.	
 Detección y tratamiento de la obesidad para promover una pérdida de peso sostenida 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección y el tratamiento preventivos de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento de opioides 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	<u>Consultorio de un especialista</u> — Copago de \$25

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • 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	<u>Hospital ambulatorio</u> – Copago de \$150 <i>Se requiere autorización</i>
Pruebas diagnósticas ambulatorias, servicios terapéuticos y suministros Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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 dislocaciones • 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	<u>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</u> – Copago de \$90 <u>Tomografía computarizada, resonancia magnética o tomografía por emisión de positrones</u> – Copago de \$165 en el consultorio de un especialista – Copago de \$320 en un centro <u>Servicios de laboratorio</u> – Copago de \$0 con un médico de cabecera o en consultorio de un especialista

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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. Pueden aplicarse requisitos de autorización previa para ciertos servicios.	- Copago de \$60 en un centro <u>Servicios de radiología ambulatoria</u> - Copago de \$0 en el consultorio - Copago de \$125 en un centro <u>Radiología terapéutica (Radioterapia)</u> - Coaseguro del 20% en un consultorio o centro
Observación hospitalaria ambulatoria 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. 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. 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.	Este es el máximo que pagará durante una estancia de observación. Los servicios de atención médica cubiertos que se brinden durante una estancia de observación no tendrán copagos adicionales. Copago de \$100

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Para obtener más información, consulte la hoja informativa Beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-HospitalBenefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios hospitalarios ambulatorios 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de urgencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • 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 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.	<u>Cateterismo cardíaco y Clínica ambulatoria</u> — Copago de \$0 <u>Hospital de cirugía ambulatoria</u> — Copago de \$150 Se requiere autorización

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención ambulatoria de salud mental Los servicios cubiertos incluyen: 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.	<u>Sesiones individuales</u> – Copago de \$25 <u>Sesiones grupales</u> – Copago de \$25
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. 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).	<u>Fisioterapia y logopedia</u> – Copago de \$25 en el consultorio – Copago de \$30 en un centro Se requiere autorización <u>Terapia ocupacional</u> – Copago de \$25
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Tiene cobertura para el tratamiento del abuso de sustancias, tal como lo cubre Medicare Original.	<u>Sesiones individuales</u> – Copago de \$25 <u>Sesiones grupales</u> – Copago de \$25
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en hospitales instalaciones ambulatorias y centros quirúrgicos ambulatorios 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.	<u>Centro de cirugía ambulatoria</u> – Copago de \$115 <u>Centro de atención ambulatoria</u> – Copago de \$150 Se requiere autorización

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) Bono trimestral de \$45 para productos de venta libre elegibles, como vitaminas, cepillos de dientes, curitas, toallitas con alcohol, Tylenol y mucho más. Los bonos no utilizados no se acumulan. Recibirá su tarjeta OTC de Mastercard patrocinada por Nations Benefits.	Bono trimestral de \$45 para productos de venta libre
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos 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. 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. Nota: Debido a que no existen centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial únicamente como un servicio ambulatorio hospitalario.	<u>Hospitalización parcial</u> – Copago de \$25 por día Se requiere autorización <u>Servicios ambulatorios intensivos</u> – Copago de \$25 por día
Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las visitas en consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos o quirúrgicos necesarios que usted recibe en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento de	<u>Médico de Atención Primaria</u> – Copago de \$0 <u>Especialista</u> – Copago de \$25

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 médico lo ordena para determinar si necesita tratamiento médico. • 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: ○ 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	<u>Telesalud</u> – Copago de \$0 para PCP

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• 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: ○ 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: ○ 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 por otro proveedor de la red antes de la cirugía	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • 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	No se requiere referencia ni autorización. – Copago de \$25

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH 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. Si cumple con los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • 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. Una prueba de detección del virus de la hepatitis B.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
 Exámenes de detección del cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Prueba del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.
Prótesis y órtesis y suministros relacionados 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 suministros relacionados con prótesis y órtesis, y la reparación o el reemplazo de prótesis y órtesis. También	<u>Prótesis y órtesis</u> – Coaseguro del 20% Se requiere autorización <u>Suministros médicos</u> – Coaseguro del 20% Se requiere autorización

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
incluye cierta cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas. Consulte la sección de Cuidado de la Vista más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	
Servicios de rehabilitación pulmonar 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.	<u>Consultorio de un especialista</u> — Copago de \$25 Se requiere autorización
 Detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol Ofrecemos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que consumen alcohol en exceso, pero no son alcohólicos. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubierto por Medicare para reducir el abuso de alcohol.
 Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) Para las personas que cumplen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. 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 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	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
que debe ser realizada por un médico o un profesional sanitario cualificado no médico. 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.	
 Detección de la infección por el virus de la hepatitis C 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: • 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. 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.
 Detección de infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, STIs) y asesoramiento para la prevención de STIs 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	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de STI y el asesoramiento sobre STI cubiertos por Medicare como beneficio preventivo.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
médico de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez al año o en ciertos momentos del embarazo. 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.	
Servicios para el tratamiento de la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • 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. • 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) • 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	<u>Servicios de educación sobre enfermedades renales</u> — Copago de \$0 <u>Servicios de diálisis</u> — Coaseguro del 20% Se requiere autorización <u>Equipo médico duradero</u> — Coaseguro del 20% <u>Atención médica domiciliaria</u> — Copago de \$0 Se requiere autorización <u>Medicamentos de la Parte B</u> — Coaseguro de \$0 a 20% Se requiere autorización <i>La administración de un medicamento de la Parte B podría tener un costo.</i>

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
emergencias y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua) 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.	
Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (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). Cubrimos hasta 100 días de servicios en un centro de enfermería especializada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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 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. • 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).	<u>Días 1-20</u> – Copago de \$20 por día <u>Días 21-100</u> – Copago de \$214 por día El costo compartido se basa en el período de beneficios. <i>Se requiere autorización</i>

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
• 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. 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. • 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.	
 Cesación de fumar y del uso de tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con los siguientes criterios: • 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. 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).	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de cesación cubiertos por Medicare para dejar de fumar y consumir tabaco.

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de Ejercicio Supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET) La SET está cubierta para los miembros que padecen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y tienen una orden médica para PAD por parte del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • 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. 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.	— Copago de \$25 <i>Se requiere autorización</i>
Servicios que requieren atención urgente 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	<u>En el consultorio</u> — Copago de \$0 <u>Instalaciones</u> — Copago de \$50

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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. <i>Los servicios de atención urgente no están cubiertos fuera de los Estados Unidos.</i>	
 Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • 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. <i>También tiene un saldo anual de \$200 para anteojos (lentes y marcos) y/o lentes de contacto.</i>	<u>Especialista</u> – Copago de \$25 <u>Examen de la vista de rutina sin Medicare</u> Un examen al año – Copago de \$0

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Visita preventiva de Bienvenida de Medicare 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. 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> .	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> .
Línea de enfermería 24 horas Como miembro, tiene acceso a una línea de enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta línea está atendida por enfermeras y farmacéuticos bilingües.	No hay coseguro ni copago.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

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 5.3 del Capítulo 7 de este documento).

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

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	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
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.	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
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

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios de naturopatía (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo ninguna condición
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 cubre un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas que implante un lente intraocular.
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, auxiliares auditivos o exámenes para colocar auxiliares auditivos	No cubierto bajo ninguna condición

Capítulo 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga usted)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubierto bajo ninguna condición

CAPÍTULO 5:

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

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

En ocasiones, al recibir atención médica, es posible que deba pagar el costo total. En otras ocasiones, podría pagar más de lo previsto según las normas de cobertura de nuestro plan o recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar un reembolso. Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el costo si ha pagado más de lo que le corresponde por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir con plazos para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

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

Fuera del área de servicio, 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,

Capítulo 5: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

- Solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de servicios de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. 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 más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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 y cobrarle a usted únicamente su parte del costo. Sin embargo, a veces, cometen errores y le solicitan que pague más de su parte de costo.

- Solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación de saldo**. Esta protección (que usted nunca paga más que su costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted cree es más de lo que debería pagar, 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, pero cree que pagó de más, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que usted pagó y el monto que debía según nuestro plan.

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 le

Capítulo 5: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 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 o artículo.

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 1-833-742-2121 (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**

Capítulo 5: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

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, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no 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 si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. 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 la totalidad o parte de la atención médica o los medicamentos, 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 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales

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 1-833-742-2121 (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 6: 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 Total (HMO). 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 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.

Si cree que no está recibiendo atención médica dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 7 le indica 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.
- 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

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

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. 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 1-833-742-2121 (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 Total (HMO), 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 1-833-742-2121 (usuarios TTY llamen al 711):

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

Capítulo 6: 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 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.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 7 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.
- **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. Si rechaza el tratamiento, 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

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

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 1-833-742-2121 (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.

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

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

- 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 7 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 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 1-833-742-2121 (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**.

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

- **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 1-833-742-2121 (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 1-833-742-2121 (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.
- **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.
- **Dígale al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**

Capítulo 6: Sus derechos y responsabilidades

- 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 su prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento.
- **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 7:

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 dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- 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.

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,

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

siempre debe comunicarse con el servicio al cliente al 1-833-742-2121 (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). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede ingresar en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

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

¿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 4, Guía para decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 9, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Guía para decisiones de cobertura y 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 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.

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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.

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 5.4** 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 (este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 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:

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Puede llamarnos a Servicios para los miembros al 1-833-742-2121 (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 al 1-833-742-2121 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
 - Para atención médica o medicamentos de la Parte B, 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.
- **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 1-833-742-2121 (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.

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen tres 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 5:** Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto. (*Se aplica solo a estos 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 1-833-742-2121 (usuarios TTY llamen al 711). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 en la 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 5.2.

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

2. Nuestro plan no autoriza 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 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación Sección 5.3.**
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 5.5.**
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 5.3.**

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 6 y 7 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 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. Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Solo puede solicitar cobertura para artículos y/o servicios de atención médica (no se aceptan solicitudes de pago por artículos y/o servicios que ya haya recibido).

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Solo puede obtener una decisión de cobertura rápida si el uso de los plazos estándar pudiera causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para recuperar sus funciones.

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.

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

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 9 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.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 9 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.

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 5.3 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 5.2 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.
- **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.**

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 5.4 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.
- **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

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 9 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 5.4 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 5.4 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”).

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.

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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.

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**.

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **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 8 de este capítulo explica los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por atención médica?

El capítulo 5 describe cuándo puede ser necesario solicitar un reembolso o pagar una factura recibida de un proveedor. También explica cómo enviarnos la documentación necesaria para solicitar el pago.

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

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión,

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 5.3.

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 6 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.

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.

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 6.1 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 1-833-742-2121 (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.

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.

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 1-833-742-2121 (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 6.2 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 1-833-742-2121 (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.

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 1-833-742-2121 (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.
- 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.

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 6.3 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.

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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. Esto se denomina confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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.

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 7 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 7.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura**Término Legal**

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.

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.
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

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 7.2 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 1-833-742-2121 (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 7: Si tiene un problema o 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 7: Si tiene un problema o 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 7.3 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 7: Si tiene un problema o 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 8 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5

Sección 8.1 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

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelarlo en el Nivel 5.

- Si decidimos *no* apelarlo la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelarlo 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.

Cómo presentar una queja

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 9.1 ¿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	● ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿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	• ¿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? ○ 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	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	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: • 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.

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
	Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 9.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

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**.

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 1-833-742-2121 (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.

Capítulo 7: Si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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.

Sección 9.3 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.
- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 9.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre El Paso Health Total (HMO) 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.

CAPÍTULO 8:

Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en El Paso Health Total (HMO) 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 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.
- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Capítulo 8 Cancelación de su membresía en el plan

Sección 2.2 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 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de El Paso Health Total (HMO) pueden ser elegibles 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 rompemos nuestro contrato con usted.

Capítulo 8 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).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)

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.

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 2.4 ¿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 1-833-742-2121 (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.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.

Capítulo 8 Cancelación de su membresía en el plan

	• Su inscripción en el plan El Paso Health Total (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Original Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en el plan El Paso Health Total (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.

Nota: Si usted también cuenta con una cobertura acreditable de medicamentos con receta (por ejemplo, un plan de medicamentos de Medicare independiente) y se da de baja de dicha cobertura, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente, después de haber estado sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más.

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.**
- **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 Total (HMO) 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 se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.

Capítulo 8 Cancelación de su membresía en el plan

- Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-2121 (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 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 1-833-742-2121 (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 Total (HMO) 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 9:

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 10:

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 cuidados básicos: La atención de cuidados básicos es la atención personal que se brinda en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro tipo de institución cuando no se necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. Esta atención, proporcionada por personas que no cuentan con habilidades ni capacitación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de la cama o de una silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas se brindan a sí mismas, como aplicarse gotas para los ojos. Medicare no cubre la atención de cuidados básicos.

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.

Auxiliar de atención domiciliaria: Persona que presta servicios que no requieren las habilidades de una enfermera o terapeuta titulada, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

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.

Capítulo 10 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 de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): Seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

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 después de que haya pagado cualquier deducible.

Capítulo 10 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.

Deducible: es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de la organización: Decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan **decisiones de cobertura**.

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.

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.

Facturación adicional: Se produce cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente una cantidad superior al copago permitido por nuestro plan. Como

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

miembro de El Paso Health Total (HMO), usted solo debe pagar los copagos establecidos por nuestro plan cuando reciba servicios cubiertos por este. No permitimos que los proveedores facturen de forma adicional ni le cobren más de la cantidad de copago que nuestro plan estipula que debe pagar.

Gastos de bolsillo: Consulte la definición de copago anterior. La obligación de un miembro de pagar una parte de los servicios recibidos también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

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.

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.

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.

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.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

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 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 la Parte A y de la Parte B de Medicare no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo.

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.

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.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

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 especial: Un período de tiempo determinado durante el cual los afiliados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o regresar a Medicare Original. Algunas situaciones en las que usted podría ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si ingresa a un hogar de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

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: tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO Plan): Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado atender a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios, independientemente de si los servicios se reciben de proveedores dentro o fuera de la red. El copago del miembro generalmente será mayor cuando los servicios se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para los gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite superior para

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

el total de gastos de bolsillo combinados por servicios de proveedores dentro y fuera de la red (no preferidos).

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 Especiales (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**.

Plan PACE: Un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas Mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo para personas frágiles, con el fin de ayudarlas a mantener su independencia y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) durante el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

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.

Póliza Medigap (Seguro Complementario de Medicare): Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las deficiencias del Medicare original. Las pólizas Medigap solo funcionan con el Medicare original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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.

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

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.

Reclamo: Un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o proveedores, incluyendo una queja relacionada con la calidad de su atención. Esto no incluye disputas sobre cobertura o pagos.

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: El término que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término "Servicios cubiertos por Medicare" no incluye los beneficios adicionales, como los de visión, odontología o audición, que un plan Medicare Advantage pueda ofrecer.

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

Capítulo 10 Definiciones de palabras importantes

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 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”

Servicios para los miembros de El Paso Health Total (HMO)

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
LLAME AL	<i>1-833-742-2121</i> Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1º de octubre al 31 de marzo de 8:00a.m. a 8:00p.m., los siete días de la semana y del 1º de abril al 30 de septiembre de 8:00a.m. a 8:00p.m. Servicios para los miembros 1-833-742-2121 (usuarios TTY llamen al 711) también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	<i>711</i> Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1º de octubre al 31 de marzo de 8:00a.m. a 8:00p.m., los siete días de la semana y del 1º de abril al 30 de septiembre de 8:00a.m. a 8:00p.m., de lunes a viernes
FAX	<i>915-532-2286</i>
ESCRIBA A	<i>El Paso Health Medicare Advantage P.O. Box 971100 El Paso, TX 79997-1100</i>
SITIO WEB	<i>www.ephmedicare.com</i>

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 de contacto
LLAME AL	<i>1-855-937-2372</i>
TTY	<i>711</i> Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	<i>701 W. 51st Street Austin, Texas 78751</i>
SITIO WEB	<i>https://hhs.texas.gov/services/health/medicare</i>

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, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



1145 Westmoreland Drive
El Paso, Texas 79925

Cómo comunicarse con El Paso Health
Medicare Advantage Total (HMO)

**Los miembros pueden
comunicarse gratis al
1-833-742-2121**

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