2027

Resumen de beneficios

El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP)

Al servicio de El Paso, Texas

Vigente del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027.

H3407_27004SOB_M SPAN

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos e información sobre sus derechos como miembro de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Índice

A. Avisos legales 3

B. Preguntas frecuentes 4

C. Lista de servicios cubiertos 10

D. Beneficios cubiertos fuera de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) 35

E. Servicios que El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren 35

F. Sus derechos como miembro del plan 36

G. Cómo presentar una queja o apelar la denegación de un servicio 38

H. Qué hacer si sospecha de fraude 39

A. Avisos legales

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por El Paso Health Medicare Advantage Align (HMO D-SNP) a partir del 1 de enero de 2027. Es solo un resumen. Consulte el *Manual para miembros* para obtener la lista completa de beneficios. Puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar una copia del Manual para miembros. También puede consultarlo en línea en ephmedicare.com.

- El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) es una organización para el mantenimiento de la salud, un plan integrado de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad y cobertura de medicamentos recetados, con un contrato con Medicare. La inscripción en El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

- Puede obtener este documento gratuitamente en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-833-497-7710; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. La llamada es gratuita.
    - Puede solicitar su idioma preferido, distinto del inglés, o un formato alternativo llamando a Servicios para Miembros.
    - Mantendremos un registro de las preferencias de idioma o formato de nuestros miembros y conservaremos esta información como solicitud permanente para futuros envíos y comunicaciones. Así, nuestros miembros no tendrán que presentar una solicitud por separado cada vez.
    - Si desea cambiar una solicitud permanente, llame a Servicios para Miembros al 1-833-497-7710, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

- Para obtener más información sobre Medicare, consulte el manual *Medicare y usted*. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Para obtener más información sobre STAR+PLUS, consulte el sitio web del programa Medicaid STAR+PLUS, www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus, o comuníquese con la Oficina del Defensor del Pueblo de HHS al 866-566-8989 o TTY: 800-735-2989, de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.

- Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y, al menos, en los 15 idiomas más hablados por las personas con dominio limitado del inglés en los estados correspondientes a las áreas de servicio del plan. También debe proporcionarlo en formatos alternativos para personas con discapacidades que requieran ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación eficaz.

B. Preguntas frecuentes

La siguiente tabla presenta las preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un D-SNP integrado?	Un plan integrado de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP) permite que los miembros con doble elegibilidad y beneficios completos reciban sus servicios de Medicare y STAR+PLUS de una sola organización de atención médica. Un plan Dual totalmente integrado cubre atención primaria y aguda, beneficios complementarios adicionales, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), cobertura en centros de enfermería y beneficios adicionales de Medicaid, como: • Costos compartidos de Medicare • Servicios de valor agregado de Medicaid STAR+PLUS • Equipos, suministros y aparatos médicos • Salud conductual

Preguntas frecuentes	Respuestas
	Para ser elegible para este plan de necesidades especiales totalmente integrado para personas con doble elegibilidad, debe ser elegible para las Partes A y B de Medicare, reunir los requisitos de Medicaid STAR+PLUS y residir en el condado de El Paso.
¿Recibiré en El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) los mismos beneficios de Medicare y STAR+PLUS que recibo ahora?	Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y STAR+PLUS directamente de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP). Trabajará con un equipo de proveedores que ayudará a determinar qué servicios satisfacen mejor sus necesidades. Algunos servicios que recibe actualmente pueden cambiar según sus necesidades y la evaluación de su médico y su coordinador de servicios. También puede recibir otros beneficios fuera de su plan de salud como hasta ahora, directamente del Departamento Estatal de Servicios de Salud o de organizaciones comunitarias. Al inscribirse en El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP), usted y su coordinador de servicios elaborarán juntos un plan de servicios que aborde sus necesidades de salud y apoyo y refleje sus preferencias y objetivos personales. Si toma medicamentos de la Parte D de Medicare que El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) normalmente no cubre, puede obtener un suministro temporal. Le ayudaremos a cambiar a otro medicamento o a obtener una excepción para que El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de esta página *o* en el pie de página de este documento.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo seguir consultando a mis médicos actuales? (continúa en la página siguiente)	En muchos casos, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de atención médica) trabajan con El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, puede seguir acudiendo a ellos. Los proveedores que tienen un acuerdo con nosotros están «dentro de la red». Participan en nuestro plan, aceptan a nuestros miembros y prestan servicios cubiertos. **Debe utilizar los proveedores de la red de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP).** Si utiliza proveedores o farmacias fuera de nuestra red, el plan podría no pagar esos servicios o medicamentos. Si necesita atención de urgencia o de emergencia, o diálisis fuera del área, puede utilizar proveedores fuera de la red de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP). Para saber si sus proveedores están en la red del plan, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de esta página o en el pie de página del documento, o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) en www.ephmedicare.com.
¿Puedo seguir consultando a mis médicos actuales? (continuación de la página anterior)	Si El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) es nuevo para usted, trabajaremos con usted para elaborar un plan individual de servicios que aborde sus necesidades.
¿Qué es un coordinador de servicios de El Paso	Un coordinador de servicios de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) es su persona principal de contacto. Le ayuda a

Preguntas frecuentes	Respuestas
Health Medicare Align (HMO D-SNP)?	coordinar todos sus proveedores y servicios y a asegurarse de que reciba lo que necesita.
¿Qué son los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)?	Los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a quienes necesitan asistencia con tareas diarias como bañarse, usar el baño, vestirse y preparar alimentos. La mayoría se prestan en su hogar o comunidad, pero también pueden prestarse en un centro de cuidados de enfermería o un hospital. En algunos casos, un condado u otra agencia administra estos servicios, y su coordinador de servicios o equipo de atención trabaja con esa agencia.
¿Qué ocurre si necesito un servicio que ningún proveedor de la red de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) puede prestar?	La mayoría de los servicios los prestan nuestros proveedores de la red. Si necesita un servicio que no puede prestarse dentro de nuestra red, El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está disponible El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP)?	El área de servicio de este plan incluye El Paso, Texas. Debe vivir en esta área para inscribirse en el plan.
¿Qué es la autorización previa (PA)? (continúa en la página siguiente)	La autorización previa es la aprobación de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP), **antes de recibir los servicios**, para obtener atención fuera de la red o servicios que la red no cubre habitualmente. El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) podría no cubrir el servicio, procedimiento, artículo o medicamento si no obtiene autorización previa.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es la autorización previa? (continuación de la página anterior)	**Si necesita atención de urgencia o de emergencia, o diálisis fuera del área, no necesita autorización** previa. El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) puede proporcionarle a usted o a su proveedor una lista de servicios o procedimientos que requieren autorización previa del plan antes de su prestación. Consulte el **capítulo 3** del *Manual para miembros* para obtener más información sobre la autorización previa. Consulte la tabla de beneficios del **capítulo 4** para saber qué servicios requieren autorización previa. Si tiene preguntas sobre si determinados servicios, procedimientos, artículos o medicamentos requieren autorización previa, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de esta página *o* en el pie de página de este documento.
¿Qué es una remisión?	Una remisión significa que su proveedor de atención primaria (PCP) debe autorizarle a consultar a un proveedor distinto de su PCP. Una remisión es diferente de una autorización previa. Si no obtiene una remisión de su PCP, El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) podría no cubrir los servicios. El plan puede proporcionarle una lista de servicios que requieren una remisión de su PCP antes de su prestación. No necesita remisión para consultar a ciertos especialistas, como los de salud de la mujer. Consulte el *Manual para miembros* para saber cuándo necesitará una remisión de su PCP.
¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en El Paso Health	No. Como tiene STAR+PLUS, no pagará primas mensuales por su cobertura de salud, incluida la prima de la Parte B de Medicare.

Preguntas frecuentes	Respuestas
Medicare Align (HMO D-SNP)?	
¿Debo pagar un deducible como miembro de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP)?	No. No paga deducibles en El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP).
¿Cuál es el máximo de gastos de bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP)?	No hay costos compartidos por servicios médicos en El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP), por lo que sus gastos de bolsillo anuales serán de $0.

C. Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla resume los servicios que podría necesitar, sus costos y las reglas de los beneficios.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita atención hospitalaria	Hospitalización	$0	Copago de $0 por los días 1 a 90. Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. También cubre 60 «días de reserva de por vida». Son días adicionales que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días. Puede requerirse autorización previa.
	Servicios hospitalarios ambulatorios, incluida la observación	$0	Puede requerirse autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
	Servicios de centros de cirugía ambulatoria (ASC)	$0	Puede requerirse autorización previa.
	Atención de un médico o cirujano	$0	
Desea consultar a un médico	Consultas para tratar una lesión o enfermedad	$0	

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
	Atención preventiva, como vacunas contra la gripe y pruebas de detección del cáncer	$0	Las vacunas cubiertas por la Parte B de Medicare pueden incluir: • Vacuna antineumocócica • Vacunas contra la gripe • Vacuna contra la hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 Algunas vacunas también están cubiertas por nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.
	Visitas de bienestar, como un examen físico	$0	La visita anual de bienestar se realiza cada 12 meses.
	«Bienvenido a Medicare» (visita preventiva única)	$0	

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
	Atención de especialistas	$0	Necesitará una remisión de su proveedor de atención primaria para consultar a un especialista.
Necesita atención de emergencia	Servicios de la sala de emergencias	$0	Los servicios de la sala de emergencias no están cubiertos fuera de los Estados Unidos. No requieren autorización previa.
	Atención de urgencia	$0	Puede recibir atención de urgencia cuando la necesite, sin autorización previa. No está cubierta fuera de los Estados Unidos.
Necesita pruebas médicas	Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, radiografías u otros estudios de imagen, como tomografías computarizadas o resonancias magnéticas)	$0	Algunas de estas pruebas pueden requerir autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
	Pruebas de laboratorio y procedimientos diagnósticos, como análisis de sangre	$0	Algunas de estas pruebas pueden requerir autorización previa.
Necesita servicios de audición	Pruebas de detección de problemas auditivos	$0	Debe utilizar un proveedor de la red.
	Audífonos	$0	Nuestro plan cubre $2,000 para audífonos cada 2 años.
Necesita atención dental **Necesita atención dental (continuación)**	Revisiones dentales y atención preventiva	$0	Servicios dentales preventivos cubiertos: • Radiografías dentales: 2 al año • Tratamiento con flúor • Exámenes bucales: 2 al año • Profilaxis (limpieza): 2 al año

Necesita atención dental (continuación)	Atención dental restauradora y de emergencia	$0	**Atención dental integral** El plan tiene un beneficio máximo anual de $3,000 para los siguientes servicios dentales: • Servicios generales complementarios: 1 visita al año • Férulas oclusales: una cada 3 años • Teleodontología: 2 al año. (***Este servicio requiere autorización)*** • Endodoncia: 1 visita al año. Un tratamiento por diente de por vida. • Implantes: 1 visita al año. Un implante por diente cada 5 años. • Servicios periodontales: 1 visita al año. Raspado y alisado radicular: uno por cuadrante cada 2 años. Servicios quirúrgicos periodontales: uno por cuadrante cada 3 años. • Prostodoncia: 1 visita al año. Prótesis parciales

			fijas (puentes): una por diente cada 5 años. • Servicios restauradores: 1 visita al año. Obturaciones: una por superficie de cada diente cada 2 años. Incrustaciones inlay/onlay: una por diente cada 5 años. Coronas: una por diente cada 5 años. Reparaciones restauradoras: sin límite. • Servicios orales y maxilofaciales: 1 visita al año. Extracciones quirúrgicas: una por sitio/cuadrante de por vida. (***Este servicio requiere autorización)*** • Si reúne los requisitos de la exención HCBS, puede recibir beneficios dentales adicionales. Comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de servicios para obtener más información.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita atención de la vista	Exámenes de la vista	$0	Servicios de la vista cubiertos: • Exámenes de la vista para diagnosticar o tratar una enfermedad ocular • Pruebas de detección de glaucoma cada año
	Anteojos o lentes de contacto	$0	Servicios complementarios de la vista: • Examen rutinario de la vista • Asignación anual de $400 para comprar lentes de contacto o anteojos (lentes y armazones)

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
	Otros servicios de la vista	$0	Cirugía ocular para personas con cataratas: • Cubriremos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas en la que un médico implante una lente intraocular. • Si se somete a dos cirugías de cataratas por separado, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita servicios de salud mental o conductual **Necesita servicios de salud mental o conductual** **(continuación)**	Servicios de salud mental o conductual	$0	Nuestro plan cubre • Sesiones ambulatorias de terapia grupal • Sesiones ambulatorias de terapia individual • Línea de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-844-549-2826 (TTY 711). Cuenta con profesionales de la salud bilingües. Hay servicios de interpretación para otros idiomas.

	Atención hospitalaria y ambulatoria y servicios comunitarios para personas que necesitan servicios de salud mental	$0	Pagamos servicios de salud mental que requieren hospitalización para miembros menores de 21 años o de 65 años en adelante. No hay un límite de días para los servicios. Existe un límite de 190 días de por vida para servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. Este límite no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. **La hospitalización parcial** es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio hospitalario ambulatorio o en un centro comunitario de salud mental y es más intensivo que la atención en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia. Puede ayudarle a evitar una hospitalización. Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.
Necesita servicios para trastornos por	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	$0	Cubrimos sesiones de terapia individual o grupal.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
consumo de sustancias			Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.
Necesita un lugar donde vivir con personas que puedan ayudarle	Atención de enfermería especializada	$0	Cubriremos 90 días por período de beneficios y 60 días adicionales de reserva de por vida para atención hospitalaria, además de hasta 100 días por período de beneficios para atención en un centro de enfermería especializada. No pagamos su hospitalización si no es razonable y médicamente necesaria. Podemos pagar servicios adicionales que reciba en un centro de enfermería especializada. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros o consulte el Manual para miembros.
	Atención en un centro de cuidados de enfermería	$0	

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita terapia después de un accidente cerebrovascular o un accidente	Terapia ocupacional, física o del habla	$0	Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.
Necesita ayuda para trasladarse a servicios de salud	Servicios de ambulancia	$0	Los servicios de ambulancia cubiertos, para emergencias o situaciones que no son emergencias, incluyen transporte terrestre y aéreo. La ambulancia le llevará al lugar más cercano donde pueda recibir atención. Los servicios de ambulancia en otros casos (que no son emergencias) deben ser aprobados por nosotros. Podemos pagar una ambulancia en estos casos si su afección es suficientemente grave para que otro medio de transporte a un lugar de atención pueda poner en peligro su vida o su salud.
	Transporte de emergencia	$0	Cobertura dentro de nuestra área de servicio

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
	Transporte a citas y servicios médicos	$0	55 viajes de ida para transporte rutinario que no sea de emergencia a lugares aprobados por el plan (dentro del área de servicio local). Si necesita transporte a citas médicas, dentales, de la vista, para exámenes o a la farmacia, llame con al menos 48 horas de anticipación. Una empresa local de transporte contratada presta este servicio.
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continúa en la página siguiente)	Medicamentos de la Parte B de Medicare	$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen los administrados por su médico en el consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos utilizados con determinados equipos médicos. Consulte el *Manual para miembros* para obtener más información.

Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)	Medicamentos de la Parte D de **Medicare (continúa en la página siguiente)** Nivel 1: Genéricos preferidos Nivel 2: Genéricos Nivel 3: De marca preferidos Nivel 4: De marca no preferidos Nivel 5: Medicamentos especializados Nivel 6: Medicamentos complementarios	Según su subsidio por bajos ingresos del programa Ayuda Adicional para medicamentos recetados, pagará uno de los siguientes copagos por un suministro de *30 días*. Comuníquese con el plan para obtener más detalles. $1.65 o $5.00 o $5.80 o $14.40	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*) de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) para obtener más información. Una vez que haya pagado $2,400, habrá alcanzado la etapa de cobertura catastrófica y pagará $0 por todos sus medicamentos de Medicare. Nivel 1, genéricos preferidos: coseguro del 25%. *Una vez que alcance el deducible de $700, el copago será de $0.* Nivel 2, genéricos: coseguro del 25% Nivel 3, de marca preferidos: coseguro del 25% Nivel 4, no preferidos: coseguro del 25% Nivel 5, medicamentos especializados: coseguro del 25% Nivel 6, medicamentos complementarios: copago de $0

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
	Medicamentos de venta libre (OTC)	$0	Los miembros **sin** afecciones crónicas recibirán una tarjeta OTC Master Card precargada con una asignación de $50 al mes para productos de venta libre.
Necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	$0	Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.
	Equipos médicos para atención en el hogar	$0	Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.
	Servicios de diálisis	$0	Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.
Necesita atención de los pies	Servicios de podología	$0	10 visitas al año para servicios que no correspondan a una consulta con un especialista.
	Servicios de ortesis	$0	Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.
Necesita equipo médico duradero (DME). Nota: Esta no es una lista completa	Sillas de ruedas, muletas y andadores	$0	Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.
	Nebulizadores	$0	Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
del DME cubierto. Para obtenerla, comuníquese con Servicios para Miembros o consulte el **capítulo 4** del *Manual para miembros*.	Equipos y suministros de oxígeno	$0	Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.
Necesita ayuda para vivir en su hogar (continúa en la página siguiente)	Servicios de atención médica en el hogar	$0	Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.
	Servicios en el hogar, como limpieza o tareas domésticas, o modificaciones como barras de apoyo	$0	Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.
Necesita ayuda para vivir en su hogar (continuación)	Atención de salud diurna para adultos, servicios comunitarios para adultos (CBAS) u otros servicios de apoyo	$0	Pueden aplicarse requisitos de autorización previa. Estos beneficios pueden estar disponibles según la necesidad médica o funcional. Comuníquese con su coordinador de servicios para obtener más información.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
	Servicios para ayudarle a vivir de manera independiente (atención médica en el hogar o asistencia de un cuidador personal)	$0	Pueden aplicarse requisitos de autorización previa. Estos beneficios pueden estar disponibles según la necesidad médica o funcional. Comuníquese con su coordinador de servicios para obtener más información.
Servicios adicionales	Servicios quiroprácticos	$0	Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.
	Suministros y servicios para la diabetes	$0	*Nuestros proveedores preferidos de suministros para la diabetes son Abbot y Roche.*
	Servicios de prótesis	$0	Pueden aplicarse requisitos de autorización previa.
	Radioterapia	$0	
Servicios adicionales **(continuación)**	Servicios para ayudarle a controlar su enfermedad	$0	Los servicios cubiertos incluyen capacitación para el autocontrol, servicios y suministros para personas con diabetes.

	Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	$0	Los miembros con una afección crónica reúnen los requisitos para nuestro programa Health & Home. Se proporciona una asignación mensual de $140 en una tarjeta OTC Master Card. Esta asignación se destina a productos de venta libre o de higiene, alimentos saludables o ayuda para pagar servicios como gas, agua y electricidad, o el alquiler. Las asignaciones no se acumulan de un mes o año al siguiente. Las siguientes afecciones crónicas reúnen los requisitos: • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes mellitus • Enfermedades pulmonares crónicas • Enfermedad renal crónica (CKD) • Trastorno crónico por consumo de
	Beneficios complementarios especiales para personas con	$0	

Servicios adicionales **(continuación)**	enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)		alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUDs) • Cáncer • Trastornos autoinmunitarios • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Enfermedad gastrointestinal crónica • Trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA • Afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular • Estado posterior a un trasplante de órgano

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
			• Trastornos de inmunodeficiencia e inmunosupresión. Afecciones asociadas con deterioro cognitivo • Afecciones con dificultades funcionales • Afecciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato. Afecciones que requieren servicios de terapia continuos para mantener o conservar la capacidad funcional Comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de servicios para obtener más información.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Programa de servicios en el hogar y la comunidad de STAR+PLUS (STAR+PLUS HCBS) (para miembros elegibles) (continúa en la página siguiente)	Cuidados de relevo	$0	720 horas anuales disponibles para emergencias o a corto plazo. Un cuidador capacitado brinda atención temporal para que el cuidador principal pueda descansar o atender otras necesidades.
	Acogimiento de adultos	$0	Hogar con cuidadores capacitados que ayudan con las necesidades diarias.
	Ayudas adaptativas y suministros médicos	$0	Equipos y suministros médicos especializados, médicamente necesarios y rentables, que facilitan la vida diaria.
	Terapia de rehabilitación cognitiva	$0	Ayuda a mejorar el pensamiento y la memoria después de ciertas enfermedades o lesiones.
	Asistencia para el empleo	$0	Ayuda a las personas a encontrar empleo.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
	Servicios de administración financiera	$0	Si elige los servicios dirigidos por el consumidor (CDS), los servicios de administración financiera ayudan con el procesamiento de la nómina y la documentación de contratación.
	Comidas a domicilio	$0	Comidas saludables entregadas en el hogar.
	Modificaciones menores del hogar	$0	Cambios médicamente necesarios y rentables en la vivienda principal para hacerla más segura.
	Terapias física, ocupacional y del habla (PT, OT, ST)	$0	Pueden incluirse en el plan individual de servicios una vez agotado el beneficio principal.
Programa de servicios en el hogar y la comunidad de STAR+PLUS (STAR+PLUS HCBS) (para miembros elegibles) (continuación)	Asesoramiento de apoyo	$0	Si elige los servicios dirigidos por el consumidor (CDS), un asesor de apoyo le enseña a contratar y capacitar cuidadores, resolver problemas con empleados y elaborar planes de respaldo.
	Servicios de empleo con apoyo	$0	Asistencia para mantener un empleo competitivo

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
	Servicios de asistencia para la transición	$0	Ayuda a las personas a pasar de una estancia prolongada en un centro de enfermería a vivir en la comunidad.
Servicios de Community First Choice (CFC) (para miembros elegibles)	Servicios de asistencia personal (PAS)	$0	Ayuda de un cuidador con tareas diarias que la persona no puede realizar. Se requiere una evaluación funcional para determinar la asistencia necesaria.
	Servicios de habilitación	$0	La habilitación ayuda a la persona a aprender, mejorar o mantener las habilidades necesarias para vivir de forma segura e independiente en su hogar. La brinda una persona capacitada.
	Servicios de respuesta a emergencias (ERS)	$0	Dispositivo que permite a la persona pedir ayuda durante una emergencia.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
	Enfermería especializada	$0	Programa en un centro, bajo la supervisión de un profesional de enfermería. Incluye enfermería, tareas delegadas por enfermería, rehabilitación física, nutrición, actividades sociales y transporte de ida y vuelta al centro.
Servicios de actividades diurnas y salud (DAHS)	Servicios de transporte	$0	El plan cubre transporte a citas de atención médica que no sean de emergencia si no tiene otras opciones de transporte. • Incluye viajes al médico, dentista, hospital, farmacia y otros lugares donde recibe servicios de atención médica. • Clases de educación sobre la salud, viajes no médicos a lugares relacionados con la salud o reuniones del Grupo Asesor de Miembros. Estos viajes **no** incluyen traslados en ambulancia.

Necesidad o problema de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos con proveedores de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
			•

El resumen de beneficios anterior es solo informativo y no es una lista completa. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, consulte el *Manual para miembros* de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP). Si *no tiene uno,* llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de esta página o en el pie de página del documento para solicitarlo. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios para Miembros o visitar www.ephmedicare.com.

D. Beneficios cubiertos fuera de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP)

Algunos servicios no están cubiertos por El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP), pero sí por Medicare, Medicaid o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de esta página o *en* el pie de página del documento para obtener información sobre estos servicios.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal o del condado	Sus costos
Cuidados paliativos para enfermos terminales: cubiertos por Medicare Original	$0

E. Servicios que El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP), Medicare y Medicaid no cubren

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para Miembros a los números que figuran en el pie de página del documento para obtener información sobre otros servicios excluidos.

Servicios que El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP), **Medicare y Medicaid no cubren**	
Ensayos clínicos	
Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales	

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP), tiene ciertos derechos. Puede ejercerlos sin que se le sancione ni perder sus servicios de atención médica. Le informaremos sobre sus derechos al menos una vez al año. Consulte el *Manual para miembros* para obtener más información. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

Tiene derecho al respeto, la equidad y la dignidad. Esto incluye el derecho a:

- Recibir servicios cubiertos sin que influyan su afección médica, estado de salud, servicios recibidos, historial de reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluido el deterioro mental), estado civil, edad, sexo, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública
- Obtener información gratuita en otros idiomas y formatos (por ejemplo, letra grande, braille o audio)
- No ser sometido a ninguna forma de restricción física o aislamiento

Tiene derecho a obtener información sobre su atención médica, incluidos el tratamiento y sus opciones. Debe proporcionarse en un idioma y formato que pueda comprender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre:

- Descripción de los servicios que cubrimos
- Cómo obtener servicios
- Cuánto le costarán los servicios
- Nombres de proveedores de atención médica y del coordinador de servicios

Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención, incluido rechazar un tratamiento. Esto incluye el derecho a:

- Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiarlo en cualquier momento del año
- Consultar a un proveedor de atención de salud de la mujer sin remisión

- Obtener rápidamente sus servicios y medicamentos cubiertos
- Conocer todas las opciones de tratamiento, sin importar su costo ni si están cubiertas
- Rechazar un tratamiento, incluso si su proveedor de atención médica lo desaconseja
- Dejar de tomar un medicamento, incluso si su proveedor de atención médica lo desaconseja
- Solicitar una segunda opinión. El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) pagará el costo de esa consulta
- Expresar sus deseos sobre la atención médica en una directiva anticipada

Tiene derecho a acceder oportunamente a la atención sin barreras de comunicación o acceso físico. Esto incluye el derecho a:

- Recibir atención médica oportuna
- Entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto significa acceso sin barreras para personas con discapacidades, conforme a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades
- Contar con intérpretes que le ayuden a comunicarse con sus proveedores de atención médica y su plan de salud

Tiene derecho a recibir atención de emergencia y de urgencia cuando la necesite. Esto incluye el derecho a:

- Recibir servicios de emergencia sin autorización previa en una emergencia
- Utilizar un proveedor de atención de urgencia o de emergencia fuera de la red cuando sea necesario

Tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad. Esto incluye el derecho a:

- Solicitar y obtener una copia de su historia clínica en un formato comprensible y pedir que se modifique o corrija
- Que su información personal de salud se mantenga privada
- Tener privacidad durante el tratamiento

Tiene derecho a presentar quejas sobre sus servicios cubiertos o atención. Esto incluye el derecho a:

- Presentar una queja o reclamación contra nosotros o nuestros proveedores

- Solicitar una revisión médica independiente (IMR) de servicios o artículos médicos de STAR+PLUS
- Apelar determinadas decisiones de los proveedores
- Solicitar una audiencia imparcial estatal
- Obtener una explicación detallada de la denegación de servicios
- Si ha intentado resolver su queja con El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) y considera que sigue sin resolverse, puede comunicarse con la Oficina del Defensor del Pueblo de HHS al 1-866-566-8989, TTY: 1-800-735-2989.

Para obtener más información sobre sus derechos, consulte el capítulo 9 del *Manual para miembros*. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de El Paso Health Medicare *Align (HMO D-SNP)* a los números que figuran al pie de esta página o en el pie de página del documento.

También puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo de HHS al 1-866-566-8989, de 8 a. m. a 6 p. m., hora central, de lunes a viernes.

G. Cómo presentar una queja o apelar la denegación de un servicio

Si tiene una queja o cree que El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) debe cubrir algo que denegamos, llame a Servicios para Miembros a los números que figuran al pie de esta página o en el pie de página del documento. Es posible que pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas y apelaciones, consulte el **capítulo 9** del *Manual para miembros*. También puede llamar a Servicios para Miembros de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) a los números que figuran en el pie de página del documento.

El Paso Health Medicare Advantage
Atención: Quejas y apelaciones
PO Box 97110
El Paso, TX 79997-1100
Fax: 915-298-7872

Una vez completado el proceso de quejas de El Paso Health, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC), llamando gratis al 1-866-566-8989, TTY: 1-800-735-2989. Si desea presentar una queja por escrito, envíela a:

Texas Health and Human Services Commission

Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247

H. Qué hacer si sospecha de fraude

La mayoría de los profesionales y organizaciones que prestan servicios de salud son honestos. Lamentablemente, algunos pueden actuar de forma deshonesta.

Si cree que un médico, hospital u otra farmacia actúa indebidamente, comuníquese con nosotros.

Llame a Servicios para Miembros de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP). Los teléfonos figuran al pie de esta página o en el pie de página del documento.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Las llamadas a estos números son gratuitas.

O llame a la línea directa de la Oficina del Inspector General (OIG) al 1-800-436-6184; o visite oig.hhs.texas.gov/ y haga clic en «Report Fraud» (Denunciar fraude) para completar el formulario en línea.

Si tiene preguntas generales o sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas de identificación de miembros, llame a Servicios para Miembros de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP)**:**

1-833-497-7710
Las llamadas a este número son gratuitas.
Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.
Servicios para Miembros también ofrece interpretación gratuita para quienes no hablan inglés.

711

Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

Las llamadas son gratuitas. Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

Si tiene preguntas sobre su salud:

Llame a su proveedor de atención primaria (PCP). Siga sus instrucciones para obtener atención cuando el consultorio esté cerrado.

Si el consultorio de su PCP está cerrado, también puede llamar a El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP). Un profesional de enfermería escuchará su problema y le indicará cómo obtener atención (*por ejemplo,* atención de urgencia o sala de emergencias). Los números de El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) son:

FirstCall,1-844-549-2826, (*TTY 711)*

Las llamadas son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) también ofrece interpretación gratuita para quienes no hablan inglés.

Si necesita atención inmediata de salud conductual, llame a la línea de crisis de salud conductual:

1-877-379-7647, (*TTY 711)*

Las llamadas son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

El Paso Health Medicare Align (HMO D-SNP) también ofrece interpretación gratuita para quienes no hablan inglés.

Aviso de no discriminación

El Paso Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. El Paso Health no excluye ni trata de forma diferente a las personas por estos motivos.

El Paso Health proporciona gratuitamente ayudas y servicios para que las personas con discapacidades se comuniquen eficazmente con nosotros, como:

- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros)
- Servicios lingüísticos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 915-532-3778 o gratis al 1-877-532-3778, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 5 p. m.

Si considera que El Paso Health no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación ante:

Coordinador de Derechos Civiles de El Paso Health
Director de Cumplimiento
1145 Westmoreland, El Paso, TX 79925
FileGrievance@elpasohealth.com
915-298-7198 Ext 1109; TTY 711
FAX 915-532-2877

Puede presentar una reclamación en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. El Coordinador de Derechos Civiles de El Paso Health está disponible para ayudarle si lo necesita.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., electrónicamente mediante el portal disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Servicios de asistencia lingüística

English: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-833-497-7710 (TTY: 711)

Spanish/Español: Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de El Paso Health, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-833-497-7710 (TTY: 711)

Vietnamese/Viet: Nếu quý vị, hay người mà quý vị dang giúp dỡ, có câu hỏi về El Paso Health, quý vị sẽ có quyền dược giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-833-497-7710 (TTY: 711)

Chinese/中文: 如果您,或是您正在協助的對象,有關於[插入El Paso Health 項目的名稱El Paso Health 方面的問題,您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員,請撥電話[在此插入數字 1-833-497-7710 (TTY: 711)

Korean/한국어: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이El Paso Health에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기위해서는 1-833-497-7710 (TTY: 711)

Arabic/العربية: المساعدة على الحصول El Paso Health (بخصوص أسئلة شخصتساعده لدى أو لديك كان إن 1-833-497-7710 في الحق فلديك ،)(ب اتصل مترجم مع للتحدث .تكلفة اية دون من بلغتك الضرورية والمعلومات (TTY: 711)

Urdu/اردو: ہے زبان اپنی کو دونوں اپ El Paso Health اور ہیں رہے دے مدد کو کسی اپ اگر ہے سوال کو دونوں اپ 1-833-497-7710 [تو میں، بارے مفتکے میں لیے، کے کرنے بات سے ترجمان ہے۔ حق کا کرنے حاصل معالومات اور مدد (TTY: 711)

Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa El Paso Health, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-833-497-7710 (TTY: 711)

Servicios de asistencia lingüística

French/Francais: Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de El Paso Health, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-833-497-7710 (TTY: 711)

Hindi/हिंदी: य□द आपके ,या आप द्वारा सहायता ककए जा रहे ककसी व्यक्तत के El Paso Health के बारे म□ प्रश्न ह□ ,तो आपके पास अपनी भाषा म□ मुफ्त म□ सहायता और सूचना प्राप्त करने का □धकार है। ककसी िooogभाषषए सेबात करनेके □लए 1-833-497-7710 (TTY: 711)

Persian/فارسی: اگر شما، یا به شما که کسی او به کمک میکنید ، مورد در سوال] El Paso Health حق را این دارید که باشید داشته ،] نمایید دریافت رایگان طور به را خود زبان به اطلاعات و 361 کمک 1-833-497-7710 (TTY: 711)

German/ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-833-497-7710 (TTY: 711)

Gujarati/સચુ ના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-833-497-7710 (TTY: 711)

Russian/ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-833-497-7710 ALIGN телетайп: (711)

Japanese/注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます 1-833-497-7710 ALIGN (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotion/ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-833-497-7710 (TTY: 711)

Para obtener más información:
Llame al 1-833-497-7710
Los usuarios de TTY deben llamar al 711

o visítenos en
EPHMedicare.com