

2027

Evidencia de cobertura

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

Al servicio de El Paso, Texas

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



H3407_27001EOC_C SPAN

1 de enero – 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos como miembro de *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*.

Este documento brinda los detalles de su cobertura de salud y medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender:

- La prima de su plan y los costos compartidos
- Sus beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora de la montaña. La llamada es gratuita.

Este plan, *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*, es ofrecido por *El Paso Health Medicare Advantage*. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice «nosotros», «nos» o «nuestro», se refiere a *El Paso Health Medicare Advantage*. Cuando dice «plan» o «nuestro plan», se refiere a *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*).

Este documento está disponible gratuitamente en español. También puede solicitar esta información en otros formatos, como audio, braille o letra grande. Nuestro plan brinda servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares adecuados sin cargo. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y, como mínimo, en los 15 idiomas más comunes entre las personas con dominio limitado del inglés en el estado o los estados pertinentes del área de servicio de nuestro plan, y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para las personas con discapacidades que requieran ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación eficaz.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros 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. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Índice**CAPÍTULO 1: Comience como miembro 5**

SECCIÓN 1	Usted es miembro de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP).....	5
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	6
SECCIÓN 3	Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan.....	8
SECCIÓN 4	Materiales importantes para los miembros	9
SECCIÓN 5	Resumen de costos importantes para 2027	12
SECCIÓN 6	Más información sobre la prima mensual de su plan	18
SECCIÓN 7	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan	18
SECCIÓN 8	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	19

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 21

SECCIÓN 1	<i>Contactos de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)</i>	21
SECCIÓN 2	Obtenga ayuda de Medicare.....	25
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).....	26
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	27
SECCIÓN 5	Seguro Social	28
SECCIÓN 6	Medicaid.....	28
SECCIÓN 7	Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	30
SECCIÓN 8	Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB).....	32
SECCIÓN 9	Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador	33
SECCIÓN 10	Obtenga ayuda de agencias locales	33

**CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios
cubiertos..... 34**

SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan	34
SECCIÓN 2	Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios.....	36
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en una emergencia, un desastre o una necesidad de atención urgente	40
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	42

Índice

SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	43
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica	45
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipo médico duradero	46
CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)		49
SECCIÓN 1	Comprender los servicios cubiertos	49
SECCIÓN 2	La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos	49
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan	86
CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D		90
SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan	90
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedidos por correo de nuestro plan	91
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben figurar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	94
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	96
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea	98
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	102
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos	104
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	105
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	106
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de los medicamentos y administración de medicamentos	107
CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D		110
SECCIÓN 1	Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	110
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para los miembros de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)	113
SECCIÓN 3	Su Explicación de beneficios de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra	113
SECCIÓN 4	La Etapa del deducible	115
SECCIÓN 5	La Etapa de cobertura inicial	115
SECCIÓN 6	La Etapa de cobertura catastrófica	118

SECCIÓN 7	Lo que paga por las vacunas de la Parte D.....	119
CAPÍTULO 7: Cómo pedirnos que paguemos los servicios médicos o medicamentos cubiertos.....		
122		
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte de los servicios o medicamentos cubiertos	122
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió	124
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o denegaremos.....	125
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades		
127		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	127
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	133
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)		
135		
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud.....	135
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	136
SECCIÓN 3	Qué proceso usar para su problema	137
SECCIÓN 4	Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.....	138
SECCIÓN 5	Guía de decisiones de cobertura y apelaciones.....	138
SECCIÓN 6	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	142
SECCIÓN 7	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	151
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto.....	162
SECCIÓN 9	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto	167
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5	171
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	175
SECCIÓN 12	Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid.....	178

CAPÍTULO 10: Cómo finalizar la membresía en nuestro plan	179
SECCIÓN 1 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	179
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	179
SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	183
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	184
SECCIÓN 5 <i>El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones</i>	184
CAPÍTULO 11: Avisos legales	187
SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación aplicable.....	187
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....	187
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario.....	188
CAPÍTULO 12: Definiciones.....	189

CAPÍTULO 1:

Comience como miembro

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

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

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

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

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

El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) es un Plan Medicare Advantage especializado (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención de la salud. *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)* está diseñado para personas que tienen Medicare y tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

Debido a que recibe ayuda de Medicaid con los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de Medicare. Medicaid también puede brindar otros beneficios al cubrir atención de la salud que Medicare no suele cubrir. También recibirá Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-*

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios para que reciba los servicios de salud y la ayuda para los pagos a los que tiene derecho.

El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) es administrado por una organización sin fines de lucro. Como todos los Planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de *Texas* para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos.

Sección 1.2 Información legal sobre la Evidencia de cobertura

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)* cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se llaman cláusulas *adicionales o enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en que esté inscrito en *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)* entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)* después del 31 de diciembre de 2027. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y *Texas* deben aprobar *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*. Puede seguir recibiendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare y *Texas* renueven la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla todas estas condiciones:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.
- Cumple los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible tanto para Medicare como para Medicaid *de acuerdo con el Programa de Salud y Servicios Humanos de Texas*.

Nota: Si pierde su elegibilidad para Medicaid de Texas, pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro de 3 meses, sigue siendo elegible para ser miembro. El Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante este período. 

Sección 2.2 Medicaid

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

Además, Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de Ahorros de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid (SLMB+)).
- **Persona Calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Discapacitadas y Trabajadoras Calificadas (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) *solo está* disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro, debe continuar viviendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

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

Si planea mudarse a otro estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo afectará la mudanza a sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*) para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante llamar al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.4 Ciudadano o nacional de los EE. UU., o no ciudadano elegible

Debe ser ciudadano o nacional de los EE. UU., o un no ciudadano elegible, para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan

Sección 3.1 Evaluación de riesgos para la salud

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de salud (HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de vigencia de su inscripción.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Debemos completar una HRA para usted. La HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales [*agregar otras áreas cubiertas por la HRA*].

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. Usted *completa la HRA mediante una visita en persona, una llamada telefónica, correo, etc.* Le enviaremos más información sobre esta HRA. Luego nos comunicaremos con usted anualmente para actualizar la información y determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de atención y plan de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención, los especialistas que consulta u otros profesionales de la salud que usted elija.

Usted trabaja con un equipo de atención para elaborar un plan de atención basado en sus preferencias. Un plan de atención le indica a usted, a sus médicos y a otros proveedores de salud qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y/u otros servicios.

Su plan de atención incluye:

- sus objetivos de atención de la salud según las prioridades que usted establezca, y
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre servicios que podría considerar recibir. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos cada año o según sea necesario si cambia su estado de salud.

SECCIÓN 4 Materiales importantes para los miembros

Sección 4.1 Nuestra tarjeta de miembro del plan

Utilice su tarjeta de miembro siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. Tarjeta de miembro de muestra:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

		Advantage Dual (HMO D-SNP)	
Name:			
ID:			
PBP: H3407_001		PCP: \$0	
Plan: El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)		Specialist: \$0	
Effective Date:		Emergency Room: \$0	
Pharmacists Only:		PCP Name:	
Navitus: 1-866-270-3877		PCP Phone:	
RxBin: 610602		EPHMedicare.com	
RxPCN: NVTD		MedicareRx	
RxGRP: EHD001		Prescription Drug Coverage	

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: 1-833-742-3125 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: 1-833-742-3125 (TTY: 711) Behavioral Health Services: 1-877-379-7647 Pharmacy Benefits: 1-833-742-3125 24-Hour Nurse Line: 1-844-549-2826
---	--

MUESTRA

NO utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos para enfermos terminales o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de miembro del plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 4.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores ephmedicare.com* enumera nuestros proveedores actuales de la red y proveedores de equipo médico duradero. **Los proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de atención de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y los costos compartidos del plan como pago total.

Debe utilizar proveedores de la red para obtener atención médica y servicios. Si acude a otro lugar sin la autorización correspondiente, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios que se necesitan con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, cuando no es razonable o no es posible obtener servicios de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)* autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Directorios de *proveedores impresos que solicite* se le enviarán por correo dentro de 3 días hábiles.

Sección 4.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias ephmedicare.com* enumera las farmacias de nuestra **red**. **Las farmacias** de la red son las que aceptan surtir las recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web ephmedicare.com.

Sección 4.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene *una Lista de medicamentos* cubiertos (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D en *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*. Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cumple todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que se hayan eliminado o reemplazado como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*.

La Lista de medicamentos también indica si existen normas que restringen la cobertura de un medicamento.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con mayor frecuencia. Sin embargo, también cubrimos otros medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite ephmedicare.com o llame a Servicios para Miembros a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener detalles.	\$0
Deducible	\$0 Si es elegible para recibir ayuda de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, paga \$0.
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B. (Consulte el Capítulo 4, Sección 1 para obtener detalles).	\$9,550 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo de los servicios cubiertos de las Partes A y B.
Consultas de atención primaria en el consultorio	\$0 por consulta
Consultas con especialistas en el consultorio	\$0 por consulta
Hospitalizaciones Incluye distintos tipos de hospitalización, como atención aguda, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que se le ingresa formalmente por orden de un médico y termina el día anterior al alta.	\$0 Si es elegible para recibir ayuda de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que pague \$0.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**Cobertura de medicamentos de la Parte D**

(Consulte el Capítulo 6 para obtener detalles, incluidas las Etapas del deducible anual, de cobertura inicial y de cobertura catastrófica).

Sus costos en 2027**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D**

\$700

excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

Debido a que reúne los requisitos para Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo para alcanzar el deducible.

Copago durante la Etapa de cobertura inicial:

Nivel de medicamentos 1:

Genéricos preferidos: coseguro del 25%

Nivel 2 Genéricos: coseguro del 25%

Nivel 3 Marcas preferidas: coseguro del 25%

Nivel 4 Medicamentos no preferidos: coseguro del 25%

Nivel 5 Medicamentos especializados: coseguro del 25%

Nivel 6 Medicamentos complementarios: copago de \$0

Si recibe «Ayuda Adicional», su copago será:

copago de \$1.65 o

Copago de \$5.00 o

Copago de \$5.80 o

Copago de \$14.40

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**Sus costos en 2027**

Etapa de cobertura catastrófica:
Es posible que tenga costos compartidos por medicamentos que estén cubiertos por nuestro beneficio ampliado.

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficios complementarios opcionales (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.4)
- Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)
- Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare (Sección 4.6)

Sección 5.1 Prima del plan

No paga una prima mensual del plan por separado por *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*.

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor.

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, la información **sobre primas de esta Evidencia de cobertura no se aplica a usted. Le enviamos un documento separado**, llamado Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para *personas que reciben Ayuda Adicional para pagar medicamentos recetados (también conocido como Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS)*, que le informa sobre su cobertura de medicamentos. 31 de diciembre de 2026. Si no tiene este suplemento, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula adicional LIS.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Las primas de las Partes B y D de Medicare varían según los ingresos de cada persona. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual Medicare *y usted 2027* en la sección llamada *Costos de Medicare de 2027*. Descargue una copia del sitio web de Medicare ([Medicare.gov/medicare-and-you](https://www.Medicare.gov/medicare-and-you)) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

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

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 5.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Debido a que tiene elegibilidad doble, la LEP no se aplica mientras mantenga ese estado, pero si pierde su elegibilidad doble, puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de finalizar su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en el que no tuvo cobertura de la Parte D ni otra cobertura acreditable de medicamentos. La cobertura acreditable de medicamentos recetados es una cobertura que cumple las normas mínimas de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D ni otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Generalmente tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus costos de medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura de la Parte D ni otra cobertura acreditable.
- Tenía cobertura acreditable de medicamentos de otra fuente (como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos (VA)). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informará cada año si su

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

cobertura de medicamentos es acreditable. Puede recibir esta información en una carta o boletín de ese plan. Guarde esta información, porque puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía cobertura acreditable de medicamentos recetados que se espera que pague tanto como el plan estándar de medicamentos de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos no constituyen cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D. Así funciona:

- Primero, cuente el número de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de ser elegible para inscribirse. O cuente el número de meses completos en que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más.
- Luego Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en todo el país del año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2027, este monto promedio de prima es de \$202.90. Este monto puede cambiar para 2027.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica el número de meses sin cobertura (porcentaje de multa) por el 1% de la prima base nacional del beneficiario y luego redondea ese monto a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura de la Parte D ni otra cobertura acreditable, la multa sería el 14% multiplicado por \$202.90, lo que equivale a \$28.406. Esto se redondea a \$28.41. Este monto se sumaría a la **prima mensual del plan de una persona con una multa por inscripción tardía en la Parte D**.

Tres cosas importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año**, porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Generalmente seguirá pagando una multa cada** mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si es *menor de 65 años* y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses sin cobertura después de su período de inscripción inicial por cumplir la edad para Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante puede solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración la realiza una organización de revisión independiente que no está vinculada con nosotros. Generalmente, debe solicitar esta reconsideración dentro de **los 60 días a** partir de la fecha de la primera carta que reciba indicando que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, generalmente no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

Sección 5.5 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA). El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados declarados en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si estos ingresos superan cierto monto, pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite [Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](https://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs).

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será ese monto adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague habitualmente la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no alcanza para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No puede pagarlo con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede pedir al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 5.6 Monto del Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

basa en lo que adeude por las recetas que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses restantes del año.

El Capítulo 2, Sección 7 brinda más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 6 Más información sobre la prima mensual de su plan

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si adeuda una, o que deba empezar a pagar una multa por inscripción tardía.

- Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía en la Parte D si cancela su inscripción en el plan y pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura de la Parte D ni otra cobertura acreditable de medicamentos.

Obtenga más información sobre la Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 7 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus montos de costos** compartidos. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, avísenos:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, de compensación para trabajadores o de Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, como las reclamaciones por un accidente automovilístico
- Si ingresa en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia su persona responsable designada (como un cuidador)

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que piensa participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia cualquiera de estos datos, avísenos llamando a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*).

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (*los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778*).

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinarla con sus beneficios de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información atentamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información no es correcta o tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud grupal de un empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el «pagador primario») paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo (el «pagador secundario») solo paga si quedan costos que la cobertura primaria no cubre. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican a la cobertura de un plan de salud grupal de un empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y de si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad, y usted (o su familiar) sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.

- Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagar primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro
- Compensación para trabajadores

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

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

Si necesita ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*. Con gusto le ayudaremos.

Servicios para Miembros – Información de contacto

Llame	1-833-742-3125 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicios para Miembros estarán disponibles para atender su llamada directamente de 8 a. m. a 8 p. m., 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 Servicios para Miembros estarán disponibles para atender su llamada de 8 a. m. a 8 p. m., MST, de lunes a viernes, excepto los feriados federales. Miembros 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también tiene servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicios para Miembros estarán disponibles para atender su llamada directamente de 8 a. m. a 8 p. m., 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 Servicios para Miembros estarán disponibles para atender su llamada de 8 a. m. a 8 p. m., MST, de lunes a viernes, excepto los feriados federales.
Fax	915-298-7872
Escriba	<i>El Paso Health Medicare Advantage P.O Box 971370</i> <i>El Paso, Texas 79997-1370</i>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Sitio web	www.ephmedicare.com
------------------	--

Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre atención médica o medicamentos de la Parte D – Información de contacto

Llame	1-833-742-3125 <i>Las llamadas a este número son gratuitas.</i> <i>Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicios para Miembros estarán disponibles para atender directamente su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. 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 Servicios para Miembros estarán disponibles para atender su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MST, de lunes a viernes, excepto los días feriados federales.</i> <i>Nuestro sistema automatizado está disponible en cualquier momento para opciones de autoservicio. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</i>
TTY	711. <i>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</i> <i>Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicios para Miembros estarán disponibles para atender su llamada directamente de 8 a. m. a 8 p. m., 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 Servicios para Miembros estarán disponibles para atender su llamada de 8 a. m. a 8 p. m., MST, de lunes a viernes, excepto los feriados federales.</i>
Fax	1-855-668-8552
Escriba	El Paso Health Medicare Advantage

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	Attention: Apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D P.O. Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100
Sitio web	www.ephmedicare.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas sobre cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre atención médica – Información de contacto

Llame	1-833-742-3125 <i>Las llamadas a este número son gratuitas.</i> <i>Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicios para Miembros estarán disponibles para atender directamente su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. 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 Servicios para Miembros estarán disponibles para atender su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MST, de lunes a viernes, excepto los días feriados federales.</i>
TTY	711 <i>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</i> <i>Las llamadas a este número son gratuitas.</i> <i>Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicios para Miembros estarán disponibles para atender directamente su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. 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 Servicios para Miembros estarán disponibles para atender su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MST, de lunes a viernes, excepto los días feriados federales.</i>
Fax	915-298-7872
Escriba	El Paso Health Medicare Advantage Attention: Quejas y apelaciones P.O. Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) directamente a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint .
------------------------------	---

Cómo pedirnos que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que recibí

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

Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago – Información de contacto

Llame	<i>Solicitudes de pago de las Partes C y D</i> 1-833-742-3125 <i>Las llamadas a este número son gratuitas.</i> <i>Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicios para Miembros estarán disponibles para atender directamente su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. 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 Servicios para Miembros estarán disponibles para atender su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MST, de lunes a viernes, excepto los días feriados federales.</i>
TTY	<i>Solicitudes de pago de las Partes C y D</i> 711 <i>Las llamadas a este número son gratuitas.</i> <i>Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes de Servicios para Miembros estarán disponibles para atender directamente su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. 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 Servicios para Miembros estarán disponibles para atender su llamada de 8 a.m. a 8 p.m. MST, de lunes a viernes, excepto los días feriados federales.</i>
Fax	<i>Solicitudes de pago de las Partes C y D</i> 915-298-7872
Escriba	<i>Solicitudes de pago de la Parte C</i>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	<i>El Paso Health Medicare Advantage Attention: Servicios para Miembros</i> P.O. Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100 <i>Solicitudes de pago de la Parte D</i> El Paso Health Medicare Advantage Attention: Quejas y apelaciones P.O. Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100
Sitio web	www.ephmedicare.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – Información de contacto

Llame	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone
Escriba	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	Medicare.gov Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- Encuentre médicos u otros proveedores y suministradores de atención médica que participen en Medicare.
- Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como
- pruebas de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de «bienestar»).
- Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos para enfermos terminales, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*.

Para presentar una queja a Medicare, visite [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En *Texas*, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud de *Texas* (HICAP).

El Programa de Información, Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud de Texas (HICAP) es un programa estatal independiente (no vinculado con ninguna aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Los asesores del Programa de Información, Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud de Texas (HICAP) pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Información, Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

de Texas (HICAP) también pueden ayudarle con preguntas o problemas de Medicare, ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa de Información, Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud de Texas (HICAP) – Información de contacto

Llame	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989
	<i>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</i>
Escriba	701 W. 51st Street Austin, TX 78751
Sitio web	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) designada atiende a las personas con Medicare en cada estado. En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Acentra.

Acentra tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud a quienes Medicare paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Acentra es una organización independiente. No está vinculada con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen recibir un medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico incorrecto.
- Considera que la cobertura de su hospitalización termina demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de su atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) termina demasiado pronto.

Acentra, Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Texas – Información de contacto

Llame	1-888-315-0636
	<i>Disponible de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.</i>
TTY	<i>Los usuarios de TTY deben llamar al 1-855-843-4776</i>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Escriba	1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web	https://acentraqio.com/aboutus/contact/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y administra la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social que le indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un acontecimiento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informarlo.

Seguro Social – Información de contacto

Llame	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.
Sitio web	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas – Oficina del Defensor del Pueblo – Información de contacto

Llame	1-877-787-8999 <i>Disponible de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes</i>
TTY	711 <i>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</i>
Escriba	HHSC Office of the Ombudsman PO Box 13247 Austin, Texas 78711-3247
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/hhs-office-ombudsman

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicios o facturación. Puede ayudarle a presentar una queja o apelación ante nuestro plan.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas – Información de contacto

Llame	915-772-8383 <i>Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.</i>
TTY	711 <i>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar.</i>
Escriba	Texas Health and Human Services HHSC Benefit Office 5150 El Paso Dr. El Paso, TX 79905
Sitio web	Hhs.texas.gov

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

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

AAA de Rio Grande – Información de contacto

Llame	1-800-333-7082 <i>Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.</i>
TTY	711 <i>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</i>
Escriba	8037 Lockheed, Ste. 100 El Paso, TX 79925
Sitio web	https://www.riocog.org/aging-services/

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare ([Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)) tiene información sobre maneras de reducir sus costos de medicamentos recetados. Los programas siguientes pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda Adicional de Medicare

Si tiene preguntas sobre la Ayuda Adicional, llame a:

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

Si considera que paga un monto incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener pruebas del monto correcto de su copago. Si ya tiene pruebas del monto correcto, podemos ayudarle a compartirlas con nosotros.

- *Si necesita ayuda para obtener la mejor evidencia disponible y/o para proporcionar esta evidencia, comuníquese con Servicios para Miembros. Revisaremos cualquier evidencia, como una tarjeta de Medicaid, una carta de concesión de Medicaid, una carta de aprobación del subsidio por bajos ingresos, una impresión del archivo electrónico de inscripción del estado que muestre la condición de Medicaid, una impresión de pantalla*

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

del sistema de Medicaid del estado que muestre la condición de Medicaid u otros documentos específicos del estado que demuestren una cobertura activa de Medicaid.

- Cuando recibamos las pruebas que muestran el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto de copago cuando obtenga su próxima receta. Si paga un copago mayor del que corresponde, le reembolsaremos la diferencia mediante un cheque o un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted le debe dinero, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos y/u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica THMP de Texas, contacto 1-800-255-1090.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también figuran en el formulario de ADAP reúnen los requisitos para recibir ayuda con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas.

Nota: Para ser elegible para ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, incluidos comprobantes de residencia en el estado y de estado de VIH, ingresos bajos (según la definición del estado) y falta de seguro o seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique al trabajador de inscripción de su ADAP local para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas al 1-800-255-1090.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a las personas a pagar medicamentos recetados según su necesidad económica, edad, afección

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

médica o discapacidades. Cada estado tiene normas diferentes para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En *Texas*, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas.

Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para el VIH de Texas – Información de contacto

Llame	737-255-4300 <i>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.</i>
TTY	711 <i>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.</i> <i>De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.</i>
Escriba	Medicare Contact Center Operations PO Box 1270 PO Box 1270 Lawrence, KS 66044
Sitio web	Medicare.gov

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) – Información de contacto

Llame	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione «0» para hablar con un representante de RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m. los miércoles. Presione «1» para acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios del grupo de su empleador o de jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas. Puede preguntar sobre los beneficios de salud de su empleador o de jubilados (o los de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el período de inscripción. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través del grupo de su empleador o de jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con nuestro plan.

SECCIÓN 10 Obtenga ayuda de agencias locales

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

Project Bravo – Información de contacto

Llame	915-562-4100 Las llamadas a este número son gratuitas.
Dirección	200 Texas Ave. El Paso, TX 79901
Sitio web	https://www.projectbravo.org/

CAPÍTULO 3:

Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo usar nuestro plan para obtener cobertura de su atención médica y otros servicios. Para obtener detalles sobre qué atención médica y otros servicios cubre nuestro plan, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de atención de la salud autorizados por el estado para brindar servicios y atención médica. El término «proveedores» también incluye hospitales y otros centros de atención de la salud.
- **Los proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de atención de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos acordado que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, *no paga* nada por los servicios cubiertos.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención de la salud, suministros, equipos y medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos de medicamentos recetados se describen en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para que su atención médica y otros servicios estén cubiertos por nuestro plan

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

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

- **La atención que recibe esté incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considere médicamente** necesaria. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica y cumplen las normas aceptadas de la práctica médica.
- **Tenga un proveedor de atención primaria de la red (un PCP) que brinde y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
 - En la mayoría de las situaciones, nuestro plan debe aprobar previamente (mediante una remisión) el uso de otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
 - No necesita remisiones de su PCP para atención de emergencia ni servicios que se necesitan con urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que debe pagar al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Hay 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y conocer qué son los servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare o Medicaid exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esa atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red con los mismos costos compartidos que paga normalmente dentro de la red. *Debe obtener autorización del plan antes de solicitar atención.* En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo para usted. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. Los costos compartidos que paga a nuestro plan por la diálisis nunca pueden ser mayores que los de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, sus costos compartidos no pueden ser mayores que los que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis de la red no está disponible temporalmente y elige recibir servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, sus costos compartidos por la diálisis pueden ser mayores.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención

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

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

- *Médicos generales*
- *Médicos de familia*
- *Médicos de medicina interna*

Recibirá su atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP también coordinará los demás servicios cubiertos que reciba como miembro.

Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y ayudará a organizar o coordinar los demás servicios cubiertos que reciba como miembro. Esto incluye sus radiografías, pruebas de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, ingresos hospitalarios y atención de seguimiento. La coordinación de sus servicios incluye consultar con otros proveedores sobre su atención y cómo está evolucionando. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP ayudará a organizar su atención, por ejemplo, remitiéndolo a un especialista.

Su PCP está disponible para coordinar su atención con especialistas y otros proveedores. Si uno de sus

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Proveedores solicita un servicio que requiere autorización, el proveedor es responsable de obtener una autorización previa de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP).

Cómo elegir un PCP

Usted elige un PCP cuando completa su formulario de inscripción. Si no eligió un PCP, seleccionaremos uno cercano a su domicilio. El nombre y el número de teléfono de su PCP se imprimirán en su tarjeta de miembro. Para seleccionar un nuevo PCP, puede consultar el Directorio de proveedores que aparece en nuestro sitio web o llamar al número de teléfono de Servicios para Miembros que aparece en la contraportada de este folleto.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y que usted deba elegir un PCP nuevo.

Si solicita cambiar de PCP, la solicitud se tramitará inmediatamente después de recibirla. Servicios para Miembros cambiará su registro de miembro para mostrar el nombre de su nuevo PCP y le informará cuándo entrará en vigor el cambio. Una vez que se haya cambiado su PCP, recibirá una nueva tarjeta de miembro por correo dentro de 10 días hábiles. Si desea cambiar de PCP y necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red, llame a Servicios para Miembros 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 a Servicios para Miembros. Cuando llame, asegúrese de informar a Servicios para Miembros si consulta a especialistas o recibe otros servicios cubiertos que requerían la aprobación de su PCP (como servicios de atención médica a domicilio y equipo médico duradero). También verificarán que el PCP 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 PCP asignado ni un médico sustituto autorizado por su PCP, es posible que los servicios no estén cubiertos.

Sección 2.2 Atención médica y otros servicios que puede obtener sin una remisión del PCP

Puede obtener los servicios enumerados a continuación sin la aprobación previa de su PCP.

- Atención de salud rutinaria para mujeres, incluidos exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Los servicios que se necesitan con urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, debido al momento, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas rutinarias médicamente necesarias con proveedores (como los chequeos anuales) no se consideran servicios que se necesitan con urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a organizar la diálisis de mantenimiento durante su ausencia.
- *Servicios preventivos cubiertos; Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.*

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención de la salud para una enfermedad específica o una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones de los huesos, articulaciones o músculos
- Para ciertos servicios, su PCP, especialista u otros proveedores deberán obtener nuestra aprobación previa. Esto se llama obtener una «autorización previa». Su PCP, especialista u otros proveedores son responsables de obtener una autorización previa de nuestro Departamento de Administración de la Utilización. (Para obtener más información al respecto, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4).

Es posible que se necesite autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa). La autorización

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

puede obtenerse del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, pueden preguntar al plan, antes de que se preste un servicio, si lo cubrirá. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación se haga por escrito. Este proceso se denomina determinación anticipada. Si indicamos que no cubriremos sus servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. El Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)) contiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado.

Si no tiene una determinación anticipada, también puede obtenerse autorización de un proveedor de la red que remita a un afiliado a un especialista fuera de la red del plan para recibir un servicio, siempre que ese servicio no esté expresamente excluido de manera permanente de la cobertura del plan, según se explica en el Capítulo 4.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, actualmente recibe atención de él o lo visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado de la red para continuar su atención.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúe el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o sea insuficiente para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con los costos compartidos de la red. *Se necesita autorización previa.*

- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor que se encargue de su atención.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está manejando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante nuestro plan o ambas (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

En ocasiones, es posible que necesite servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia de un médico, especialista u otro proveedor que nuestros proveedores de la red no puedan ofrecer. Usted o su médico, especialista u otro proveedor deberán solicitar una autorización previa a nuestro Departamento de Gestión de la Utilización, enviándonos una solicitud por fax al número gratuito 1-844-298-7866 o llamando al 1-833-742-3125. Los servicios de emergencia o de urgencia fuera del área no requieren autorización previa.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, un desastre o una necesidad de atención urgente

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o de su función, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame para pedir una ambulancia si la necesita. No necesita obtener primero la aprobación ni una remisión de su PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios,

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, aunque no forme parte de nuestra red.

- **Lo antes posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado de su emergencia. Necesitamos** *hacer* un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame a Servicios para Miembros al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que trasladarse a la sala de emergencias de cualquier 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 cuándo su afección está estable y cuándo ha terminado la emergencia médica.

Después de que termine la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Sus médicos seguirán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para la atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir para recibir atención de emergencia, pensando que su salud corre un grave peligro, y el médico podría determinar que, después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que usted razonablemente haya considerado que su salud corría un grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico *determine* que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la obtiene de una de estas 2 maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las reglas que se indican a continuación para recibir esa atención urgente.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando necesita servicios de urgencia

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no constituye una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, considerando el momento, el lugar y las circunstancias, no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o las exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedores, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, aunque usted esté fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

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

Nuestro plan no cubre servicios de atención urgente fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite www.ephmedicare.com para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede acudir a un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con los costos compartidos de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización que no son de emergencia ni de urgencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. *Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.*

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba ciertos estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico que reúne los requisitos, solo será responsable de los costos compartidos de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costos compartidos de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos de la red. Deberá proporcionar documentación que muestre cuánto pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y estudios con exención para dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y a otras reglas del plan).

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Aunque no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos notificarnos con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos que reúnen los requisitos de Medicare.

Nuestro plan también cubre algunos estudios de investigación clínica. Para estos estudios, debemos aprobar su participación. La participación en el estudio de investigación clínica es voluntaria.

Si participa en un estudio no aprobado por Medicare, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación.

Sección 5.2 Quién paga los servicios de un estudio de investigación clínica

Una vez que se incorpora a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluidos:

- Alojamiento y comidas durante una hospitalización que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica. Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos de Medicare Original y los costos compartidos de la red que le corresponden como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó en costos compartidos. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Cuando participa en un estudio de investigación **clínica, ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes:**

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que se está probando en el estudio, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio aunque usted no participe en un estudio.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y que no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte de un estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados sin cargo por los patrocinadores de la investigación a las personas que participan en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare y los estudios de investigación clínica*, disponible en [Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies](https://www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies).) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención de la salud no médica

Una institución religiosa de atención de la salud no médica es un establecimiento que proporciona atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos en su lugar la atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica. Este beneficio se proporciona solo para servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica

Para recibir atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica, debe firmar un documento legal en el que declare que, por motivos de conciencia, se opone a recibir tratamiento médico **no exceptuado**.

- **La atención** o el tratamiento médicos no exceptuados son cualquier atención o tratamiento médicos *voluntarios que no sean exigidos por ninguna ley federal, estatal o local*.
- **El tratamiento** médico exceptuado es la atención o el tratamiento médicos que recibe que *no son voluntarios o que son exigidos por una ley federal, estatal o local*.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Para que nuestro plan la cubra, la atención que reciba de una institución religiosa de atención de la salud no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un establecimiento, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o de atención en un centro de enfermería especializada.

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

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 Usted no será propietario de algunos equipos médicos duraderos después de realizar cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias que un proveedor receta para que los miembros utilicen en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME deben alquilarse.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. **Como miembro de *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*, generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No adquirirá la propiedad, aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Medicare Original para ser propietario del artículo de DME. Los pagos que hizo mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que hizo en Medicare Original no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No adquirió la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original. Los pagos que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para los equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)* cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y del contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y del contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si deja *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)* o ya no necesita médicamente equipos de oxígeno, debe devolver los equipos de oxígeno.

¿Qué sucede si deja nuestro plan y regresa a Medicare Original?

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable de los costos compartidos correspondientes al oxígeno). Después de 5 años, puede elegir permanecer con la misma compañía o cambiar a otra. En ese momento, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, aunque permanezca con la misma compañía, y nuevamente debe pagar

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo deja, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto)

SECCIÓN 1 Comprender los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos como miembro de *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*. Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros llegan a este monto máximo de gastos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se aplique al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Si *reúne* los requisitos para recibir ayuda de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, lo más probable es que no sea responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que se aplique al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto que usted debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare O por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2027, el monto de MOOP es de \$9,550.**

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

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)* (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen estos requisitos:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición de al menos 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede exigir autorización previa para ningún tratamiento en curso, aunque el tratamiento corresponda a un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de emergencia o urgente, o que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted paga al proveedor el costo total de los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle una aprobación por adelantado (una remisión) antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos *con* una nota al *pie*.
- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante todo 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.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como la atención a *largo plazo*, *los servicios en el hogar y en la comunidad u otros servicios exclusivos de Medicaid*.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2027*. Véalo en línea en [Medicare.gov](https://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).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para nuevos servicios durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si pierde su elegibilidad para Texas Medicaid, pero se prevé que la recuperará dentro de 6 mes(es), seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, *“no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente, ni pagaremos las primas o los costos compartidos de Medicare de los que el estado sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.”*

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

 Esta manzana identifica los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba si tiene ciertos factores de riesgo y recibe una remisión de su médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para esta prueba preventiva de detección.
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia aérea de ala fija, de ala rotatoria y terrestre hasta el establecimiento adecuado más cercano que pueda brindar atención, si se proporcionan a un miembro cuya afección	<i>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud, o si nuestro plan los autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.

**Visita anual de bienestar**

Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Esto está cubierto 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 Bienvenida a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita *de Bienvenida a Medicare* para tener cobertura de las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.

No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.

**Medición de la masa ósea**

Para las personas que reúnen los requisitos (generalmente, personas en riesgo de perder masa ósea o de presentar osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por un médico.

No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

**Pruebas de detección de cáncer de seno (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 las mamas una vez cada 24 meses

No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Servicios de rehabilitación cardíaca**

Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen determinadas condiciones con una orden médica.

Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha presentado al menos una de estas afecciones:

- Ataque cardíaco en los últimos 12 meses
- Cirugía de derivación coronaria
- Angina de pecho estable (dolor torácico)
- Reparación o reemplazo de una válvula cardíaca
- Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria obstruida) o colocación de una endoprótesis coronaria (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta)
- Trasplante de corazón o de corazón y pulmones
- Insuficiencia cardíaca crónica estable

Limitaciones de cobertura:

Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una de 1 hora de duración), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, es posible que pueda recibir 36 sesiones adicionales que se pueden distribuir durante un período más largo.

No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros

 Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)

Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que se alimente de manera saludable.

No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para la enfermedad cardiovascular.

 Pruebas de detección de enfermedad cardiovascular

No hay coseguro, copago ni deducible para las

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	pruebas de enfermedad cardiovascular cubiertas una vez cada 5 años.
 Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si tiene alto riesgo de 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	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas preventivas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral	<i>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros</i>
 Detección del cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han 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 cubre una colonografía por tomografía	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección del cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses después del 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 que no tienen alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada.
- Pruebas de detección de sangre oculta en las heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.
- Prueba de ADN en heces de múltiples objetivos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen 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 los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba no invasiva de detección del cáncer colorrectal en heces cubierta por Medicare dé un resultado positivo.
- Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección o una colonoscopia de detección programada que implique la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de ella y en la misma consulta clínica.

Servicios dentales

Por lo general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral de un tratamiento específico de la afección médica principal de una persona. Algunos

No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros.

Debe acudir a un proveedor dental de nuestra red para recibir cualquiera de los servicios dentales. La red dental

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia para un cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes bucales antes de un trasplante de órganos. Además, cubrimos:

- Servicios dentales preventivos
- Radiografías dentales: 2 al año
- Exámenes bucales: 2 al año
- Profilaxis (limpieza): 2 al año
- Tratamiento con flúor: ilimitado. Servicios dentales integrales: cubiertos bajo los servicios dentales de diagnóstico y preventivos
- Servicios generales complementarios: 1 visita por año.
- Protectores oclusales: uno cada 3 años.
Teleodontología: 2 cada año. Se requiere autorización para este servicio
- Endodoncia: 1 visita al año. Un tratamiento de endodoncia por diente de por vida.
- Servicios de implantes: 1 visita al año. Implantes: 1 por diente cada 5 años.
- Servicios periodontales: 1 visita por año. Alisado y raspado radicular periodontal: uno por cuadrante cada 2 años. Servicios quirúrgicos periodontales: uno por cuadrante cada 3 años.
- Prostodoncia: 1 visita por año. Prótesis parciales fijas (puentes): una por diente cada 5 años.
- Servicios de restauración: 1 visita por año. Empastes restauradores: uno por superficie por diente cada 2 años. Incrustación restauradora intracoronaria o extracoronaria: una por diente cada 5 años. Corona restauradora: una por diente cada 5 años.
Reparaciones restauradoras: ilimitadas.
- Servicios bucales y maxilofaciales: 1 visita por año.
Extracciones quirúrgicas: una por sitio/cuadrante de por vida. Se requiere autorización para este servicio

forma parte de Liberty Dental.

La asignación anual para la cobertura dental es de \$2,500

**Detección de la depresión**

Cubrimos una prueba de detección de la depresión por año.
La prueba debe realizarse en un entorno de atención primaria

No hay coseguro, copago ni deducible para una

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.	visita anual de detección de la depresión.
 Detección de la diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidos análisis de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en sangre. Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede reunir los requisitos para recibir hasta 2 pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de la diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina), los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar su glucosa en sangre: medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético, un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas proporcionadas con esos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad adicional y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con esos zapatos), incluido el ajuste. • Capacitación para el autocontrol de la diabetes bajo ciertas condiciones. Nuestros proveedores preferidos de suministros para la diabetes son Abbot y Roche.	<i>No hay coseguro para la capacitación para el autocontrol de la diabetes ni para los servicios y suministros para la diabetes cubiertos por Medicare.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados**

(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3)

Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas hospitalarias recetadas por un proveedor para utilizar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Los proveedores también están disponibles en nuestro sitio web, www.ephmedicare.com.

Por lo general, *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)* cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes incluidos en esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)* y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, seguiremos cubriendo esa marca para usted durante un máximo de 90 días. Durante ese tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que le remita para obtener una segunda opinión).

Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su proveedor pueden 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 adecuado para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9)

No hay coseguro, copago ni deducible para el equipo médico y los suministros.

Se aplican reglas de autorización

Atención de emergencia

La atención de emergencia se refiere a servicios que:

- Son proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia
- Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia

Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que

No hay coseguro, copago ni deducible.

Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe obtener

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos de los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red. <i>El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) no cubre la atención de emergencia en todo el mundo.</i>	<i>la autorización del plan para su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe trasladarse a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta.</i>
Programa Get Fit Membresía en cualquier YMCA local o una membresía prémium (tarjeta negra) en cualquier centro Planet Fitness. Como miembro, solo puede elegir YMCA o Planet Fitness para utilizar este beneficio. Los miembros que se inscriban en YMCA tendrán acceso a clases, equipos y cualquier establecimiento local del condado de El Paso. Los miembros que se inscriban en un centro de Planet fitness tendrán acceso a clases, equipos, cualquier ubicación dentro de los Estados Unidos y la posibilidad de llevar a un invitado. Se aplican limitaciones a todos los invitados.	No hay coseguro, copago ni deducible
 Programas de educación sobre salud y bienestar <i>El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) tiene Programas de Manejo de Enfermedades y Gestión de Casos diseñados para evaluar periódicamente a los miembros y proporcionar coordinación de la atención y educación a los miembros y sus familias. Estos programas incluyen la evaluación, educación, seguimiento y valoración 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</i>	<i>No hay coseguro, copago ni deducible</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

<i>se evalúan e identifican los determinantes sociales de la salud para promover el bienestar físico, emocional y social general.</i> <i>La línea de información y asesoramiento médico FirstCall, 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.</i> <i>La línea de crisis de salud conductual, 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 conductual para recibir información, remisiones y apoyo relacionados con una afección o crisis de salud conductual.</i>	
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su PCP o proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Cubrimos un (1) ajuste/evaluación y audífonos por un monto de hasta \$2,000 cada 2 años.	<i>No hay coseguro, copago ni deducible.</i>
 Detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o tienen mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 exámenes de detección durante un embarazo	<i>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para la prueba preventiva de detección del VIH cubierta por Medicare.</i>
Atención de una agencia de atención médica a domicilio Antes de que reciba servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que los necesita y ordenar que una agencia de atención médica en el hogar los proporcione. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su hogar requiere un gran esfuerzo.	<i>No hay coseguro, copago ni deducible.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- Servicios de enfermería especializada y de auxiliares de atención médica en el hogar a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos bajo el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de auxiliares de atención médica en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Servicios médicos y sociales
- Equipos y suministros médicos

Terapia de infusión en el hogar

La terapia de infusión en el hogar consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar 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 servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención
- Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas de otra manera bajo el beneficio de equipo médico duradero
- Monitoreo remoto
- Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar

No hay coseguro, copago ni deducible.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Cuidados paliativos para enfermos terminales**

Reúne los requisitos para el beneficio de cuidados paliativos para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del programa de cuidados paliativos para enfermos terminales le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses de vida o menos si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos para enfermos terminales certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos programas de nuestra propiedad, bajo nuestro control o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor
- Cuidados de relevo a corto plazo
- Atención en el hogar

Cuando ingresa en un programa de cuidados paliativos para enfermos terminales, 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 para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal:

Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos para enfermos terminales por esos servicios y por cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras participe en el programa de cuidados paliativos para enfermos terminales, su proveedor facturará a Medicare Original los servicios que Medicare Original paga. Se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni

Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos para enfermos terminales certificado por Medicare, Medicare Original, y no El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP), paga sus servicios de cuidados paliativos para enfermos terminales y sus *servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal*.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

de urgencia cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si acude a un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito de obtener autorización previa).

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtenerlos, paga solo el monto de costos compartidos de nuestro plan para los servicios dentro de la red
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga los costos compartidos de Medicare Original

Para los servicios cubiertos por *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*, pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)* seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costos compartidos de nuestro plan por estos servicios.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal para la que recibe cuidados paliativos, paga los costos compartidos. Si están relacionados con su afección terminal para la que recibe cuidados paliativos, paga los costos compartidos de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos simultáneamente por el programa de cuidados paliativos para enfermos terminales y nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4).

Nota: Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.

Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos para enfermos terminales (por única vez) para una persona con enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de cuidados paliativos para enfermos terminales.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Vacunas**

Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:

- Vacunas contra la neumonía
- Vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias
- Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene cualquier otra afección que lo exponga a un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B
- Vacunas contra la COVID-19
- Otras vacunas si está en riesgo y cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare

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.

No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19.

Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados

Incluye atención aguda para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior al alta es su último día como paciente internado.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria)
- Comidas, incluidas dietas especiales
- Servicios habituales de enfermería
- Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios)
- Fármacos y medicamentos
- Análisis de laboratorio
- radiografías y otros servicios de radiología
- Suministros quirúrgicos y médicos necesarios
- Uso de dispositivos, como sillas de ruedas

En cada período de beneficios usted paga:

• \$0 por los días 1-90 y por cada día de reserva de por vida que elija utilizar después de 90 días

• Todos los costos después de agotar sus días de reserva de por vida de Medicare (hasta 60 días durante toda su vida).

Se aplican reglas de autorización.

Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, su costo es el monto más

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Costos de quirófano y sala de recuperación
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje
- Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias
- Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre e intestinales/multiviscerales. Si necesita un trasplante, coordinaremos que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir recibirlos localmente siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D- SNP)* proporciona servicios de trasplantes en un lugar fuera del patrón de atención de trasplantes de su comunidad y usted elige recibir los trasplantes en ese lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. El plan debe aprobar el viaje y el alojamiento.
- Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrados de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o conseguir que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos desde la primera pinta.
- Servicios médicos

alto de costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.

Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para ingresarle formalmente como paciente hospitalizado. Aunque pase la noche en el hospital, aún podría considerarse un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*, disponible en [Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf](https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico

Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una hospitalización. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.

No hay coseguro, copagos ni deducible.

Se aplican reglas de autorización

Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta

Cubriremos 90 días por período de beneficios y 60 días adicionales de reserva de por vida por encima de su límite de por vida para días de atención hospitalaria, y hasta 100 días por período de beneficios para atención en un centro de enfermería especializada.

Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- Servicios médicos
- Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio)
- Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico
- Apósitos quirúrgicos
- Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones
- Dispositivos protésicos y ortopédicos (distintos de los dentales) que reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del

No hay coseguro, copagos ni deducible.

Se aplican reglas de autorización

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

cuerpo que no funciona de manera permanente o funciona incorrectamente, incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Soportes ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la afección física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando <i>su</i> médico lo remita o lo ordene. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año posterior. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con una remisión u <i>orden</i> de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su remisión u orden cada año si necesita el tratamiento en el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas que reúnen los requisitos bajo todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para modificar los comportamientos de salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para resolver problemas y superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<i>No hay coseguro para los medicamentos recetados</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:

- Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro quirúrgico ambulatorio
- Insulina proporcionada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamento necesaria)
- Otros medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan
- El medicamento para la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), se administra por vía intravenosa. Además de los costos del medicamento, es posible que necesite estudios de imagen y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre los estudios de imagen y las pruebas que puede 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 con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B cuando recibe los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estuvo 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

de la Parte B de Medicare cubiertos por Medicare.

Se aplican reglas de autorización

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

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 toma por boca 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. A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí
 - Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utiliza 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 si se utilizan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas
 - Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare
 - Medicamentos calcimiméticos y fijadores de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®
 - Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos
 - Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta)
 - Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria
 - Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)
-

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Este enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada:
www.ephmedicare.com

También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D.

El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran sus recetas. Lo que paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.

 Detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida

Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.

No hay coseguro, copago ni deducible para la detección preventiva de la obesidad y la terapia.

Servicios de programas de tratamiento con opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento con Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT), aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA)
- Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

No hay coseguro, copagos ni deducible.

Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios

No hay coseguro, copagos ni deducible.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- Radiografías
- Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico
- Suministros quirúrgicos, como apósitos
- Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones
- Análisis de laboratorio
- Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrados de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o conseguir que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos desde la primera pinta utilizada
- Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena para tratar un problema médico
- Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, como tomografías computarizadas, si se realizan en un establecimiento de la red.

Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios

Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se proporcionan para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede recibir el alta.

Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por las leyes estatales de licencias y los reglamentos del personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.

No hay coseguro, copagos ni deducible.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, aún podría considerarse un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.

Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*, disponible en [Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf](https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para 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 emergencias o una clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria
- Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital
- Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin ella se requeriría tratamiento hospitalario
- Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital
- Suministros médicos como férulas y yesos
- Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo

Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque pase la noche en el hospital, aún podría considerarse un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.

No hay coseguro, copagos ni deducible.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico (CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental que reúna los requisitos de Medicare, según lo permitan las leyes estatales correspondientes.	<i>No hay coseguro, copagos ni deducible.</i>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORFs)	<i>No hay coseguro, copagos ni deducible.</i>
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en establecimientos hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si va a someterse a una cirugía en un establecimiento hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos de la cirugía ambulatoria. Aunque pase la noche en el hospital, aún podría considerarse un paciente ambulatorio.	<i>No hay coseguro, copagos ni deducible.</i>
Artículos de venta libre (OTC) <i>Los miembros sin una afección crónica reciben una asignación para artículos de venta libre (OTC) que no necesitan receta. Este plan cubre los artículos permitidos por Medicare.</i> Los artículos cubiertos pueden incluir: •Cepillos de dientes	<i>No hay coseguro, copagos ni deducible.</i> <i>Debe utilizar tiendas minoristas de la red para las compras de artículos de venta libre.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Vitaminas
- Artículos de primeros auxilios
- Aerosol nasal
- Antiácidos
- Pastillas para la tos
- Analgésicos
- Artículos de higiene
- Artículos de aseo personal
- Y muchos más...

Estas son las formas de acceder a su beneficio:

1. Compre en tiendas utilizando su tarjeta de beneficios OTC Mastercard en Walgreens, Walmart, Dollar General, CVS y Food City. Escanee el código de barras al pagar.

2. Haga pedidos en línea a través de la web o la aplicación móvil para teléfonos inteligentes para entrega a domicilio. Llame para hacer un pedido. Tenga a mano los nombres de los productos, el número de OTC Mastercard y la información de entrega.

3. Haga pedidos por correo. Llame para solicitar un catálogo y formulario de pedido. Complete el formulario y envíelo por correo. Permita un plazo de 3-7 días para recibir su pedido a partir del día en que se recibió el pedido.

4. Todos los pedidos deben comprarse en tiendas minoristas participantes o realizarse a través del minorista aprobado por el plan. Después de que el plan pague los beneficios de OTC, usted es responsable del costo restante.

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre este beneficio. Cubrimos una asignación **de \$50 cada mes** en su OTC Mastercard. Los montos de OTC no utilizados no se transfieren al mes siguiente ni al siguiente año calendario.

Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos

La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como servicio

No hay coseguro por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental que es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, y es una alternativa a la hospitalización.

El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un Centro de Salud Calificado Federalmente o una clínica de salud rural que es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intensivo que la hospitalización parcial.

Nota: Como no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial únicamente como servicio hospitalario ambulatorio.

Se aplican las normas de autorización

Dispositivo del sistema personal de respuesta a emergencias PERS

El dispositivo del sistema personal de respuesta a emergencias ayuda en caso de una caída o cualquier emergencia médica. Llame a Servicios para Miembros o a su coordinador de servicios para obtener el dispositivo PERS.

No hay coseguro, copago ni deducible

Servicios de médicos/profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio médico

Los servicios cubiertos incluyen:

- Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento de atención ambulatoria 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 PCP o especialista, si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento médico.

No hay coseguro por los servicios de médicos/profesionales de la salud cubiertos por Medicare, incluidas las consultas en el consultorio médico y las citas de telesalud.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- *Ciertos servicios de telesalud, incluidos los de atención primaria y especialistas. Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio por telesalud.*
 - Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal de los miembros que reciben diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal de un hospital o de un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro
 - Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de dónde se encuentre
 - Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de dónde se encuentren
 - Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental
 - Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud con calificación federal
 - Consultas breves virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5-10 minutos **si:**
 - Usted no es un paciente nuevo **y**
 - La consulta breve no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y**
 - La consulta breve no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas siguientes o a la primera cita disponible
 - Evaluación de videos y/o imágenes que envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas siguientes **si:**
 - Usted no es un paciente nuevo **y**
 - La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días **y**
-

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- La evaluación no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas siguientes o a la primera cita disponible
- Consulta de su médico con otros médicos por teléfono, internet o mediante el expediente médico electrónico
- Segunda opinión antes de una 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 espolones calcáneos)
- Atención de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores

Tiene 10 consultas anuales para atención podológica de rutina, como ayuda para las uñas encarnadas. Debe utilizar un proveedor de nuestra red para este servicio.

No hay coseguro por los servicios de podología cubiertos por Medicare.

**Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH (HIV)**

Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que corre un mayor riesgo de contraerlo, cubrimos medicamentos para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y servicios relacionados.

Si cumple con los requisitos, los servicios cubiertos incluyen:

- Medicamentos orales o inyectables para la PrEP aprobados por la FDA, incluida la tarifa por la inyección del medicamento, si corresponde
- Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia al medicamento) cada 12 meses
- Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses
- Prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez

No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio de PrEP.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Exámenes de detección de cáncer de próstata**

Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:

- Examen rectal digital
- Prueba del antígeno prostático específico (PSA)

No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual de PSA.

Prótesis y dispositivos ortopédicos y suministros relacionados

Dispositivos (excepto los dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una parte del cuerpo o de una función. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, y la reparación y/o el reemplazo de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o de la cirugía de cataratas; consulte *Atención de la vista* más adelante en esta tabla para obtener más detalles.

No hay coseguro por los dispositivos protésicos y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.

Se aplican las normas de autorización

Servicios de rehabilitación pulmonar

Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave y una remisión para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.

No hay coseguro por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.

**Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol**

Cubrimos una prueba de detección del consumo indebido de alcohol para adultos (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol de manera indebida, pero no tienen dependencia del alcohol.

Si el resultado de la prueba indica consumo indebido de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si tiene capacidad mental y está alerta durante el asesoramiento), proporcionadas por un

No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubierto por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.

 Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)

Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.

Los miembros elegibles son personas de 50 – 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y 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 es proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.

Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón mediante LDCT posteriores a la prueba inicial: los miembros deben recibir una orden para una prueba de detección del cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede proporcionarse durante cualquier consulta adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado decide proporcionar una consulta de asesoramiento sobre la detección del cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida para pruebas posteriores de detección mediante LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.

No hay coseguro, copago ni deducible por la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni por la LDCT.

 Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis C

Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la ordena y usted cumple una de estas condiciones:

- Tiene un alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas.
- Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.
- Nació entre 1945-1965.

No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Si nació entre 1945-1965 y no se considera que tiene un riesgo alto, cubrimos una prueba de detección por única vez. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas ilícitas inyectables desde su anterior prueba de detección de la hepatitis C con resultado negativo), cubrimos pruebas de detección anuales.

 Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STIs) y asesoramiento para prevenir las STIs

Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas se cubren para mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de contraer una STI cuando las solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.

También cubrimos hasta 2 sesiones individuales presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos que corren un mayor riesgo de contraer STIs. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como un consultorio médico.

No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de detección de STIs y asesoramiento sobre STIs cubierto por Medicare.

Servicios para tratar la enfermedad renal

Los servicios para enfermedades renales y diálisis incluyen:

- Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales durante toda la vida
- Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no es accesible temporalmente)

No hay coseguro por los servicios para enfermedades renales cubiertos por Medicare, como los tratamientos de diálisis.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es ingresado en un hospital para recibir atención especial)
- Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)
- Equipo y suministros para diálisis en el hogar
- Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de personal de diálisis capacitado para revisar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua)

Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte

Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)

(Para obtener una definición de la atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNFs).

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria)
- 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 presentes de forma natural en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre)
- Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrados de glóbulos rojos comienza únicamente con la cuarta pinta de sangre que necesita; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes sanguíneos están cubiertos desde la primera pinta utilizada.
- Suministros médicos y quirúrgicos que los SNFs proporcionan habitualmente

En cada período de beneficios, usted paga:

• \$0 por los días 1–100

• \$0 después de 100 días.

Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

- Pruebas de laboratorio que los SNFs proporcionan habitualmente
- Radiografías y otros servicios radiológicos que los SNFs proporcionan habitualmente
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que los SNFs proporcionan habitualmente
- Servicios de médicos/profesionales de la salud

Por lo general, recibe atención en un SNF de centros de la red. En ciertas condiciones que se indican a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.

- Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilados con atención continua donde vivía inmediatamente antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de enfermería especializada)
- Un SNF donde viva su cónyuge o pareja de hecho cuando usted salga del hospital



**Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco
(asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco)**

El asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen estos criterios:

- Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco
- Tienen capacidad mental y están alerta durante el asesoramiento
- Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona el asesoramiento

Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).

No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas

Programa Health & Home

Debe comprar artículos saludables aprobados o pagar un servicio público aprobado.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Los miembros que reúnen los requisitos y tienen una afección crónica pueden obtener alimentos nutritivos aprobados, pagar servicios públicos aprobados, como gas, agua, electricidad o alquiler, o comprar artículos de venta libre usando su tarjeta OTC Mastercard.

Afecciones crónicas que reúnen los requisitos:

- Dependencia crónica del alcohol y de otras drogas
- Trastornos autoinmunitarios
- Cáncer (excluidas las afecciones precancerosas)
- Enfermedades cardiovasculares
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Demencia
- Diabetes mellitus
- Enfermedad hepática en etapa terminal
- Enfermedad renal en etapa terminal que requiere diálisis
- Trastornos hematológicos graves
- VIH/SIDA
- Trastornos pulmonares crónicos
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular

\$125 por mes para alimentos saludables aprobados, servicios públicos o productos de venta libre.

Compre en tiendas minoristas locales o en línea.

La asignación mensual y los fondos no utilizados no se acumulan.

Complete la Evaluación de riesgos de salud (HRA) o hable con su administrador de casos para identificar una afección crónica a fin de reunir los requisitos para este beneficio.

Terapia de ejercicio supervisado (SET)

La SET está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática

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 30-60 minutos que comprendan un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación
- Realizarse en un entorno hospitalario ambulatorio o en un consultorio médico
- Ser proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los

No hay coseguro, copago ni deducible por la terapia de ejercicios supervisados (SET) cubierta por Medicare.

Se aplican las normas de autorización

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA) o enfermero de práctica avanzada (NP)/especialista en enfermería clínica (CNS), quien debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado La SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas, por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado, si un proveedor de atención médica la considera médicamente necesaria.	
Transporte 72 servicios de transporte que no son de emergencia. La cobertura de transporte de rutina se proporciona mediante proveedores de transporte contratados por nuestro plan. Si necesita servicios de transporte para citas médicas, dentales, de la vista, para exámenes o de farmacia, llame con al menos 48 horas de anticipación.	<i>No hay coseguro, copago ni deducible</i>
Servicios de atención de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no constituye una emergencia es un servicio de atención de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si está dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dadas la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de atención de urgencia y cobrarle únicamente el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de atención de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias con un proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran servicios de atención de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. <i>Los servicios de atención de urgencia están cubiertos dentro de los Estados Unidos.</i>	<i>No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de atención de urgencia cubiertos por Medicare en los Estados Unidos.</i>

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Atención de la vista**

Los servicios cubiertos incluyen:

- Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto
- Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección del glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen a personas con 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, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética una vez por año
- Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si tiene 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía

Tiene una asignación de \$300 por año para un examen de la vista de rutina, refracción, anteojos (armazones y lentes) y/o lentes de contacto.

No hay coseguro, copago ni deducible

**Consulta preventiva Bienvenido a Medicare**

Nuestro plan cubre la consulta *preventiva Bienvenido a Medicare* por única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]), y remisiones para otra atención, si es necesario.

Importante: Cubrimos la *consulta preventiva Bienvenido a Medicare* únicamente durante los primeros 12 meses en que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su *consulta preventiva Bienvenido a Medicare*.

No hay coseguro, copago ni deducible por la consulta preventiva Bienvenido a Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)**Línea de enfermería de 24 horas**

Acceso a una línea de asesoramiento médico bilingüe (inglés/español), atendida por enfermeros y farmacéuticos, las 24, los siete días de la semana. Se proporciona asistencia en varios idiomas.

No hay coseguro, copago ni deducible

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan

Esta sección le informa qué servicios están excluidos.

La tabla a continuación enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna circunstancia o que están cubiertos por el plan únicamente bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto bajo las condiciones específicas indicadas a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, estos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se determina, tras la apelación, que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3).

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
Cirugía o procedimientos estéticos	Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformaciones Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica
Cuidados de custodia Los cuidados de custodia son cuidados personales que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la ayuda con actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse o vestirse	No cubiertos bajo ninguna circunstancia
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica	Pueden estar cubiertos por Medicare Original en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)
Honorarios cobrados por la atención proporcionada por sus familiares directos o miembros de su hogar	No cubiertos bajo ninguna circunstancia
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	No cubierta bajo ninguna circunstancia
Comidas entregadas a domicilio	No cubiertas bajo ninguna circunstancia
Servicios de atención médica en el hogar	Medicare cubre la atención de enfermería especializada médicamente necesaria a tiempo parcial o intermitente.
Los servicios de ayuda doméstica incluyen ayuda básica en el hogar,	No cubiertos bajo ninguna circunstancia

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
como limpieza ligera o preparación sencilla de comidas.	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos bajo ninguna circunstancia
Atención dental que no es de rutina	La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención hospitalaria o ambulatoria
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético
Artículos personales en su habitación de un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No cubiertos bajo ninguna circunstancia
Habitación privada en un hospital	Cubierta únicamente cuando sea médicamente necesaria
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta	No cubiertos bajo ninguna circunstancia
Atención quiropráctica de rutina	La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	No cubierta bajo ninguna circunstancia
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la baja visión	Se cubre un par de anteojos con armazones estándar (o un par de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas en la que se implanta una lente intraocular.
Atención de rutina de los pies	Se proporciona cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes)

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para la adaptación de audífonos	Medicare cubre los exámenes de diagnóstico de la audición y los exámenes de equilibrio si los solicita un médico.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original	No cubiertos bajo ninguna circunstancia

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Debido a que es elegible para Medicaid, reúne los requisitos para recibir y está recibiendo Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Como participa en el programa Ayuda adicional, es posible que parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted. Le enviamos un documento adjunto por separado, llamado Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar medicamentos recetados (también conocido como Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento adjunto, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula adicional LIS. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

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

Consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos para enfermos terminales.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid.

Por lo general, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas normas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que emita recetas) que le extienda una receta válida conforme a la ley estatal aplicable.
- La persona que le receta no debe estar en las Listas de exclusión o inhabilitación de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2), o puede surtirla mediante el servicio de pedidos por correo de su plan.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- Su medicamento debe figurar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento aprobado por la FDA o respaldado por ciertas fuentes de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento puede requerir la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información)

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedidos por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas únicamente si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionar sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de la Parte D que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red**Encuentre una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.ephmedicare.com) y/o llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. El *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo sus gastos de bolsillo podrían variar para distintos medicamentos.

Si su farmacia deja la red

Si la farmacia que utiliza deja la red de nuestro plan, deberá encontrar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, solicite ayuda a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.ephmedicare.com

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que prestan servicios al Servicio de Salud para Indígenas / Programa de Salud Tribal / Programa de Salud para Indígenas Urbanos (no disponibles en Puerto Rico). Excepto en emergencias, únicamente los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que la FDA restringe a ciertos lugares o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o educación sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* www.ephmedicare.com o llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedidos por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedidos por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados por correo son los que toma de manera regular para una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos que no están disponibles mediante el servicio de pedidos por correo del plan se indican como NDS (suministro de días no extendido) en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de hasta 90 días. Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono de Servicios para Miembros está impreso en la contraportada de este folleto.

Por lo general, un pedido de una farmacia de pedidos por correo se le entregará en no más de 7-10 días. Si su receta se retrasa y la causa del retraso es responsabilidad de la farmacia de pedidos por correo, esta agilizará el envío sin costo para usted. Si su receta se retrasará y se quedará sin medicamentos, la farmacia de pedidos por correo puede transferir la receta a una farmacia minorista local para que usted la recoja.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para saber si desea que se surta el medicamento inmediatamente o más adelante. Es importante responder cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Si recibe automáticamente por correo un medicamento recetado que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, podría reunir los requisitos para un reembolso.

*Los patrocinadores **que** no ofrecen un programa que procesa automáticamente los resurtidos deben insertar lo siguiente:*

Resurtidos de recetas por correo. Para los resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se termine su receta actual para asegurarse de que le envíen el siguiente pedido a tiempo.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma de manera regular para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su Directorio de farmacias www.ephmedicare.com le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento mediante nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red únicamente cuando no puede usar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

Consulte primero con Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si hay una farmacia de la red cercana.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Cubrimos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red únicamente en estas circunstancias:

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general deberá pagar el costo completo al surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar a nuestro plan que le reembolse). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos Lista de medicamentos**.

Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos solo muestra medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid.

Por lo general, cubrimos un medicamento que figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre que siga las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y utilice el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento *que está*:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la cual se receta, o
- Respaldado por ciertas fuentes de referencia, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones médicas, pero considerarse fuera del formulario para otras afecciones médicas. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), junto con las afecciones médicas específicas que cubren.

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre registrado que pertenece al fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto puede significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen costar menos. Existen sustitutos genéricos para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, del mismo modo que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

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

Medicamentos que no figuran en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento específico en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 6 niveles de costos compartidos para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan pertenece a uno de 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será su costo por el medicamento:

- Nivel 1 – Genéricos preferidos
- Nivel 2 – Genéricos
- Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- Nivel 4 – Medicamentos no preferidos
- Nivel 5 – Medicamentos especializados
- Nivel 6– Medicamentos suplementarios

Para saber a qué nivel de costos compartidos pertenece su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan. El monto que paga por los medicamentos de cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico figura en la Lista de medicamentos

Para averiguar si un medicamento figura en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente. (La Lista de medicamentos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con mayor frecuencia. Cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no aparece, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 [los usuarios de TTY deben llamar al 711] para averiguar si lo cubrimos).
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.ephmedicare.com). La Lista de medicamentos del sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento específico figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan o solicitar una copia de la lista.
- Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (www.ephmedicare.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboró estas normas

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

para alentar a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están diseñadas para alentar a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento que recete su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse distintas restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a 2 por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener **la cobertura del medicamento**. **Si desea que eliminemos la restricción para usted, debe usar el proceso de decisiones de cobertura y solicitarnos una** excepción. Podemos aceptar o no eliminar la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se llama **autorización previa**. Se establece para garantizar la seguridad de los medicamentos y orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan pueden obtenerse llamando a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web [9912-15 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA](#).

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica y el Medicamento A es menos costoso, nuestro plan puede exigirle que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá entonces el Medicamento B. Este requisito de

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

probar primero un medicamento diferente se llama terapia **escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan pueden obtenerse llamando a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web

www.ephmedicare.com

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar únicamente una pastilla por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que toma, o que usted y su proveedor consideran que debería tomar, no figura en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O puede estar cubierta una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales de cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costos compartidos que hace que sus costos compartidos sean mayores de lo que considera que deberían ser.

Si su medicamento pertenece a un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea mayor de lo que considera que debería ser, consulte la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o tiene restricciones, estas son sus opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir a nuestro plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para reunir los requisitos para un suministro temporal, el medicamento que toma debe **haber dejado de figurar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O estar sujeto ahora a alguna restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los **primeros 90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 *días*. Si su receta se emite para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días, viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento específico para 31 días, o menos si la receta se emite para menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.
- *Nivel de atención: el proceso de transición de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) contempla otras circunstancias en las que podrían surgir transiciones no planificadas para los miembros actuales y en las que los regímenes de medicamentos recetados podrían no figurar en nuestro formulario. Estas circunstancias generalmente implican cambios en el nivel de atención de un miembro que pasa de un entorno de tratamiento a otro, como:*
 1. *Miembros que ingresan a centros de atención a largo plazo (LTC) desde hospitales con una lista de medicamentos al alta del formulario del hospital y con una planificación considerada a muy corto plazo (es decir, menos de 8 horas).*
 2. *Miembros dados de alta de un hospital para regresar a su hogar con una planificación a muy corto plazo.*
 3. *Miembros que finalizan su estancia en un centro de enfermería especializada cubierta por la Parte A de Medicare (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y que deben volver al formulario de su plan de la Parte D.*
 4. *Miembros que renuncian a su condición de beneficiarios de cuidados paliativos para volver a los beneficios estándar de las Partes A y B de Medicare.*

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

5. *Miembros que finalizan una estancia en un centro LTC y regresan a la comunidad.*
6. *Miembros dados de alta de hospitales psiquiátricos con regímenes de medicamentos sumamente individualizados.*
7. *Las circunstancias anteriores suelen dar lugar a que los miembros y/o proveedores utilicen los procesos de excepciones y/o apelaciones de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP). Para estas transiciones no planificadas, El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) toma determinaciones y redeterminaciones de cobertura con la rapidez que requiera el estado de salud del miembro.*
8. *El proceso de transición de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) garantiza una conciliación adecuada de los medicamentos del miembro al darle de alta de centros de LTC u otros centros, para lograr una transición eficaz de la atención.*
 - *El estándar actual de atención promueve que los cuidadores reciban recetas de la Parte D para pacientes ambulatorios antes del alta de una estancia cubierta por la Parte A. Los miembros, por causas ajenas a su voluntad, pueden no tener acceso al resto del medicamento recetado que se dispensó anteriormente.*
 - *El proceso de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) permite al miembro obtener un resurtido al ingresar a un centro LTC o al ser dado de alta de este.*
9. *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) utiliza datos de reclamaciones para determinar si el miembro ha experimentado un cambio en el nivel de atención y permite un surtido de transición cuando corresponde. Cuando no se pueden usar los datos de reclamaciones para determinar un cambio en el nivel de atención, es posible que una farmacia deba llamar a Servicios para Miembros de Navitus para procesar una anulación en el punto de venta a fin de realizar este tipo de surtido de transición.*

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

Durante el tiempo en que utilice un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si un medicamento diferente cubierto por nuestro plan podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que usted desea. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican solicitar una excepción, puede ayudarlo a solicitarla. Por ejemplo, puede pedir a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no figure en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede pedir a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que toma será eliminado del formulario o tendrá alguna restricción el próximo año, le informaremos de cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o de la declaración de respaldo del profesional que le receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 para saber qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione de manera oportuna y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento pertenece a un nivel de costos compartidos que considera demasiado alto

Si su medicamento pertenece a un nivel de costos compartidos que considera demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento pertenece a un nivel de costos compartidos que considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos más bajo que funcione igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría funcionar para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costos compartidos del medicamento para que pague menos por él. Si su proveedor

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

dice que tiene razones médicas que justifican solicitar una excepción, puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 para saber qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione de manera oportuna y justa.

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

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren al comienzo de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Trasladar un medicamento a un nivel de costos compartidos más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción de cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información sobre ellos en nuestro sitio web. También actualizamos regularmente nuestra Lista de medicamentos en línea. A veces, recibirá un aviso directo si se realizaron cambios para un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que lo afectan durante este año del plan

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, trasladarlo a otro nivel de costos compartidos, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

nivel de costos compartidos o en uno más bajo y tendrá las mismas restricciones o menos.

- Realizaremos estos cambios únicamente si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya figuraba en la Lista de medicamentos.
- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminarlo inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le avisaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
 - Podemos realizar otros cambios una vez iniciado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, basándonos en advertencias en recuadro de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional *para* 30 días del medicamento que toma.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con el profesional que le receta sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido cambiar a otro medicamento para tratar su afección, o solicite una decisión de cobertura para cumplir con cualquier nueva restricción del medicamento que está tomando. Usted o el profesional que le receta pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectan durante este año del plan

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

- Establecemos una nueva restricción sobre el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que toma (excepto un retiro del mercado, la sustitución de un medicamento de marca por uno genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay cambios en los medicamentos que toma que lo afectarán durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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

Estas son 3 normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir *el uso de* un medicamento fuera de las indicaciones autorizadas cuando dicho uso no está respaldado por ciertas fuentes de referencia, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System. El uso *fuera de las* indicaciones autorizadas es cualquier uso del medicamento distinto de los indicados en su etiqueta, según lo aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos enumeradas a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted por su cobertura de medicamentos de Medicaid. Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos enumeradas a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

por el programa de Medicaid de su estado (consulte los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 6). Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre).

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar los síntomas de tos o resfriado
- Medicamentos utilizados con fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos utilizados para tratar la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para tratar la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos ambulatorios cuyo fabricante exige que las pruebas o los servicios de monitoreo asociados se comprendan únicamente al fabricante como condición de venta

Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus recetas, el programa “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos mediante Medicaid, el programa de Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de nuestro plan (que se encuentra en su tarjeta de miembro) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan nuestra parte de los costos de su medicamento.

Si no tiene consigo la información de membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtenerla, o puede pedir a la farmacia que consulte la información de inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es **posible que deba pagar el costo completo de la receta cuando la recoja. Luego puede** solicitarnos **que le**

reembolsemos nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 *para* obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estancia. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados mediante la farmacia del centro o la que este utiliza, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* www.ephmedicare.com para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que este utiliza forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si está en un centro de LTC, debemos garantizar que pueda obtener habitualmente sus beneficios de la Parte D mediante nuestra red de farmacias de LTC.

Si es residente de un centro de LTC y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o que tiene alguna restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si recibe cuidados paliativos para enfermos terminales certificados por Medicare

El proveedor de cuidados paliativos para enfermos terminales y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en cuidados paliativos para enfermos terminales de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o medicamentos contra la ansiedad) que no están cubiertos por su proveedor de cuidados paliativos para enfermos terminales porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que le receta o de su proveedor de cuidados paliativos

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

para enfermos terminales indicando que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras al obtener estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de cuidados paliativos para enfermos terminales o al profesional que le receta que proporcione la notificación antes de que se surta su receta.

En caso de que revoque su elección de cuidados paliativos para enfermos terminales o le den de alta de estos cuidados, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos para enfermos terminales de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

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

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para ayudar a garantizar que nuestros miembros reciban atención segura y adecuada.

Realizamos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si detectamos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos que suelen usarse indebidamente. Este programa

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

se llama Programa de administración de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales que emiten recetas o farmacias, o si tuvo recientemente una sobredosis de opioides, podemos hablar con los profesionales que le recetan para garantizar que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. En colaboración con los profesionales que le recetan, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas recetados puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo incorporamos a nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas en determinadas farmacias
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de una o más personas que recetan determinadas
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la manera en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le informará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas de estos medicamentos únicamente de un profesional que emita recetas o de una farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que emiten recetas o farmacias prefiere usar y de proporcionarnos cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que le receta tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No lo incorporaremos a nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si recibe cuidados para enfermos terminales, paliativos o al final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de administración de la terapia con

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos elaboró el programa para nosotros a fin de ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos cuyos costos superan un monto específico, o que participan en un DMP para ayudarlos a usar opioides de manera segura, pueden obtener servicios mediante un programa de MTM. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud realizará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los que está tomando, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es aconsejable hablar con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela consigo (por ejemplo, junto con su identificación) por si tiene que ir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo daremos de baja. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

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

En este capítulo usamos «medicamento» para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. La ley excluye algunos medicamentos de la cobertura de la Parte D. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid.

Para comprender la información sobre los pagos, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir al obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando usa la «Herramienta de beneficios en tiempo real» de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos (www.ephmedicare.com), el costo que ve es una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información de la «Herramienta de beneficios en tiempo real» llamando a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si recibe Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta de la Parte D?

Como es elegible para Medicaid, reúne los requisitos y recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Como tiene Ayuda adicional, es posible que parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted. Le enviamos un documento adjunto separado, denominado Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta (también conocido como Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional de LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la Cláusula adicional de LIS.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

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

Existen 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo que podrían pedirle que pague por los medicamentos cubiertos de la Parte D:

- **El deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **El copago** es un monto fijo que paga cada vez que surte una receta.
- **El coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **incluyen** los pagos que se indican a continuación (siempre que sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa del deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por Ayuda adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el *SIDA*, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de \$2,400 en gastos de bolsillo durante el año calendario, pasa de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que nuestro plan no cubre
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que realiza por medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional, pero que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos que realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de los Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, la indemnización por accidentes laborales)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuentos de fabricantes

Recordatorio: Si alguna otra organización como las indicadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Registro del total de sus gastos de bolsillo

- La *Explicación de beneficios (EOB)* de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance \$2,400, la *EOB de la Parte D* le informará que salió de la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

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

Hay 3 **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos de *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*. El monto que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando surte o vuelve a surtir una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapas de pago de medicamentos:**
- **Etapas de pago de medicamentos:**
- **Etapas de pago de medicamentos:**

SECCIÓN 3 Su Explicación de beneficios de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que realiza cuando surte recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos un registro de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** esto es lo que usted ha pagado. Incluye lo que pagó al obtener un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago por sus medicamentos realizado por Ayuda adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de los medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información de ese mes.** Este informe brinda detalles de los pagos por las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde el comienzo del año.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- **Información sobre el precio de** los medicamentos. Muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios de precio desde que se surtió por primera vez para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas disponibles de medicamentos con receta de menor** costo. Muestra información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de receta, si corresponde

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza por ellos, usamos los registros que recibimos de las farmacias. Así puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que surta una receta.** Esto ayuda a garantizar que conozcamos las recetas que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que** necesitamos. En ocasiones, puede pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar ese registro, envíenos copias de sus recibos. Estos son **ejemplos de cuándo debe enviarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o use una tarjeta de descuento que no forme parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando pague un copago por medicamentos proporcionados mediante un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague su parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas realizan por usted.** Los pagos realizados por determinadas personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y organizaciones benéficas cuentan

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.

- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

Como la mayoría de nuestros miembros recibe Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta, la Etapa del deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe Ayuda adicional, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Si no recibe Ayuda adicional, la Etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. En esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el deducible de nuestro plan, que es de \$700 para 2027. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes. El **costo total** suele ser menor que el precio total normal del medicamento porque nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede superar el precio justo máximo más los cargos de dispensación para los medicamentos con precios negociados mediante el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare.

Una vez que pague \$700 por sus *medicamentos* del Nivel 1, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial, y sus medicamentos del Nivel 1 costarán \$0.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

Nuestro plan tiene 6 niveles de costos compartidos

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Sus opciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si lo obtiene en:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Solo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias de nuestro plan* en www.ephmedicare.com

Sección 5.2 Sus costos por un suministro para un mes de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o coseguro depende del nivel de costos compartidos.

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

Sus costos por un suministro para un mes de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costos compartidos estándar en farmacias minoristas de la red- (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos por pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 2 de costos compartidos (Genéricos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Nivel	Costos compartidos estándar en farmacias minoristas de la red- (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos por pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)
Nivel 3 de costos compartidos (De marca preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 de costos compartidos (De marca no preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 de costos compartidos Medicamentos especializados	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 6 de costos compartidos Medicamentos suplementarios	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

Una vez que alcance el deducible de \$700, su costo por los medicamentos del Nivel 1 será de \$0.

Si recibe «Ayuda Adicional», sus medicamentos recetados tendrán un copago en lugar de un coseguro, según su nivel de asistencia del subsidio por bajos ingresos (LIS).

- Copago de \$1.65 o
- Copago de \$5.00 o
- Copago de \$5.80 o
- Copago de \$14.40

Consulte la Sección 8 para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Sección 5.3 Si su médico receta menos de un suministro para un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo el mes

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre un suministro para un mes completo. En ocasiones, usted o su médico pueden preferir que reciba menos de un suministro para un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También puede pedir a su médico que recete, y a su farmacéutico que dispense, menos de un suministro para un mes completo si esto le ayuda a planificar mejor las fechas para volver a surtir sus recetas.

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

- Si le corresponde pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor porque el costo total del medicamento será menor.
- Si le corresponde pagar un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días de medicamento que recibe en lugar de todo un mes. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (la tarifa diaria de costos compartidos) y lo multiplicamos por la cantidad de días de medicamento que recibe.

Sección 5.3 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo del año alcancen \$2,400

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen \$2,400. Luego pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que recibe le ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y cualquier tercero han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de \$2,400 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura catastrófica

En la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Ingresa en la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$2,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, permanece en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
- Por los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado, paga un copago.

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted, aunque no haya pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consta de 2 partes:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es el costo de **aplicarle la vacuna**. (A veces esto se denomina administración de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 aspectos:

1. Si una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no tienen costo para usted.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna en sí puede dispensarse en una farmacia o proporcionarse en el consultorio médico.

3. Quién le aplica la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede aplicarle la vacuna en la farmacia. O un proveedor puede aplicársela en el consultorio médico.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Lo que paga al recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- Cuando recibe una vacuna, puede tener que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo de que el proveedor se la aplique. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse su parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará todo el costo que pagó.
- En otras ocasiones, cuando recibe una vacuna, paga solo su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación se presentan 3 ejemplos de cómo podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, paga a la farmacia su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de aplicársela.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando recibe la vacuna, puede tener que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo de que el proveedor se la aplique.
- Luego puede pedir a nuestro plan que pague su parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida su administración).

Situación 3: Compra la vacuna de la Parte D en sí en una farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico, donde se la aplican.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, paga a la farmacia su copago por la vacuna en sí.

Capítulo 6 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

- Cuando su médico le aplica la vacuna, puede tener que pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede pedir a nuestro plan que pague su parte del costo mediante los procedimientos del Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó.

Las reglas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que llame a Servicios para Miembros siempre que planee vacunarse. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto)

.

CAPÍTULO 7:

Cómo pedirnos que paguemos los servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Nuestros proveedores de la red facturan directamente a nuestro plan por sus servicios y medicamentos cubiertos; usted no debería recibir una factura por los servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por la atención médica o los medicamentos que recibió, envíenosla para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan, puede pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero suele denominarse **reembolsarle**). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse siempre que haya pagado por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir ciertos plazos para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un monto superior a su parte de los costos compartidos. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. La revisaremos y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor tiene un contrato, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede necesitar pedir a nuestro plan que le reembolse o pague una factura que recibió:

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

- Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, pertenezca o no a nuestra red. En estos casos, pida al proveedor que facture a nuestro plan.
- Si paga todo el monto al recibir la atención, pídanos que se lo reembolsemos. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
 - Si se le debe algún monto al proveedor, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó el servicio, le reembolsaremos.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado. Pídanos que le reembolsemos los servicios cubiertos.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción puede incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos. Debe presentar documentación, como recibos y facturas, para que podamos tramitar el reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Cuando esto sucede, debe pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no lleva consigo su tarjeta de miembro de nuestro plan

Si no lleva consigo su tarjeta de miembro de nuestro plan, puede pedir a la farmacia que llame a nuestro plan o consulte la información sobre su inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener de inmediato la información de inscripción que necesita, puede tener que pagar usted mismo el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos todo el costo que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado para la receta.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Puede pagar el costo total de la receta porque descubre que, por algún motivo, el medicamento no está cubierto.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan o puede tener un requisito o restricción que usted no conocía o que cree que no debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, puede tener que pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos todo el costo que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado para la receta.

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 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió

Puede pedirnos que le reembolsemos *llamándonos o enviándonos* una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

haya realizado. Es aconsejable hacer una copia de su factura y sus recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamación dentro de los 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web www.ephmedicare.com o llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos pagados a esta dirección:

El Paso Health Medicare Advantage A la atención de: Departamento de Reclamaciones
P.O. Box 971370
El Paso, Texas 79997-1370

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o denegaremos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse todo el monto que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

o el medicamento. Le enviaremos una carta explicando los motivos por los que no enviamos el pago y sus derechos a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos toda o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Presentar una apelación significa que nos pide cambiar 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, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO

8: Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que le resulte útil y respete sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

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

Nuestro plan dispone de servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en español y otros idiomas, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le resulte útil, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si no hay proveedores de una especialidad disponibles en la red de nuestro plan, nuestro plan tiene la responsabilidad de encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde recibir este servicio con los costos compartidos de la red.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

especialista de la red, llame para presentar una queja ante *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizarle acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan para que le proporcione y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir oportunamente servicios de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a surtir o volver a surtir sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si cree que no recibe su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

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

- Su información personal de salud incluye la información personal que nos proporcionó al inscribirse en este plan, así como sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información de salud. Le proporcionamos un aviso escrito, llamado *Aviso de prácticas de privacidad*, que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni modifiquen sus expedientes.
- Salvo en las circunstancias indicadas a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a alguien que no le presta atención ni paga su atención, *primero debemos obtener permiso por escrito de usted o de alguien a quien haya otorgado la autoridad legal para tomar decisiones por usted*.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o exigidas por la ley.
 - Debemos divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales; por lo general, esto exige que no se comparta información que lo identifique de manera única.

Puede consultar la información de sus expedientes y saber cómo se ha compartido con otras personas

Tiene derecho a consultar los expedientes médicos que conserva nuestro plan y a obtener una copia de ellos. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o hagamos correcciones a sus expedientes médicos. Si nos lo pide, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si deben hacerse los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para fines que no sean rutinarios.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de *El Paso Health Medicare Advantage (HMO D-SNP)*, tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las cualificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usarla.** Los **Capítulos 3 y 4** proporcionan información sobre los servicios médicos. Los **Capítulos 5 y 6** proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El **Capítulo 9** proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El **Capítulo 9** también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

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

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

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a decidir con sus médicos qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar cuánto cuesten o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye *que* le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo relacionado con su atención. Se le debe informar con anticipación si alguna atención médica o tratamiento propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir «no».** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital u otro centro médico, aunque su médico le recomiende no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar el medicamento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

Nota: En Texas, si no deja instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo, se designará a una persona o grupo de personas para que tome decisiones médicas por usted. Recuerde que siempre tiene derecho a dejar instrucciones para su atención médica

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario escrito para **otorgar a alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas** por usted si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones anticipadas en estas situaciones se denominan **instrucciones anticipadas**. Documentos como **un testamento vital** y **un poder legal para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo preparar instrucciones anticipadas para dar indicaciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de artículos de oficina. A veces puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Sin importar dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas** correspondientes. Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para que tome decisiones por usted si no puede hacerlo. Puede que desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado unas instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital.**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva consigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital dispone de formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Completar unas instrucciones anticipadas es su decisión (incluido si desea firmarlas mientras está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no unas instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma unas instrucciones anticipadas y cree que un médico u hospital no siguió las indicaciones que contienen, puede presentar una queja ante Acentra, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Texas. Llame al número gratuito 888-315-0636 o consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información de contacto adicional.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

Si tiene problemas, inquietudes o quejas y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento explica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga —pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una **queja—, debemos tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 Si cree que recibe un trato injusto o que no se respetan sus derechos

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema de las siguientes entidades:

- **Llame a Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-855-937-2372.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos de las siguientes entidades:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-855-937-2372.
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: [Derechos y protecciones de Medicare](#))
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación se enumeran las cosas que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para obtenerlos. Use esta Evidencia de cobertura** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre los servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de salud o de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos. El Capítulo 1** explica la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan. Muestre** su tarjeta de miembro de nuestro plan y su tarjeta de Medicaid siempre que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarlo proporcionándoles información, haciendo preguntas y dando seguimiento a su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerde con sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo al obtener el medicamento.
- **Si se muda *dentro del área de servicio de nuestro plan*, necesitamos** saberlo para mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo 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, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**
-

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica los procesos para resolver problemas e inquietudes. El proceso que use para resolver su problema depende de 2 aspectos:

1. Si su problema está relacionado con beneficios cubiertos **por Medicare o Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare, el de Medicaid o ambos, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos problemas, debe usar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas reclamaciones).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos seguir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso adecuado y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchas personas no conocen estos términos. Para facilitar las cosas, este capítulo usa palabras más conocidas en lugar de algunos términos legales.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos usar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales al brindar detalles para resolver situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Aunque tenga una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, también puede desear ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe usar para resolver un problema que tenga. También pueden responder preguntas, proporcionarle más información y orientarlo sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. *Encontrará los números de teléfono y el sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.*

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llame 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.
- Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Salud y Servicios Humanos de Texas: Llame al 1-800-252-8263 o al 211 de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711; este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar.

Escriba a: HHSC, P.O. Box 149024, Austin, Texas 78714-9024.

Visite el sitio web de Medicaid

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema

Como tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, dispone de diferentes procesos para resolver su problema o queja. El proceso que use depende de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, use el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, use el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si debe usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, use el cuadro siguiente.

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

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

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

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

Consulte **la Sección 12, Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid**.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 4 Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Consulte **la Sección 5, Guía de decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Guía de decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su **atención médica** (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como atención médica. Puede usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para cuestiones como si algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si un médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico fuera de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, salvo que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de cobertura* indique claramente que el servicio al que se le remitió nunca está cubierto bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedir una

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o se niega a proporcionarle atención médica que usted cree necesitar.

En circunstancias limitadas, se desestimaré una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimaré una solicitud incluyen si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o ya no está cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede apelar la decisión. Una **apelación** es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, puede pedir una apelación **acelerada o** rápida de una decisión de cobertura. Su apelación es atendida por revisores diferentes de los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos las reglas correctamente. Cuando completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimaré una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimaré una solicitud incluyen si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si denegamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 sobre atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación sobre atención médica al Nivel 2 si no aceptamos totalmente su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se explican en la Sección 7.

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

Sección 5.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son algunos recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Designación de representante* (el formulario también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web www.ephmedicare.com
 - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se deniega en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 se deniega, su médico o profesional que receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro [sitio web www.ephmedicare.com](http://www.ephmedicare.com).

Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que quiere que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario antes del plazo para tomar una decisión sobre su apelación, se desestimarán su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a pedir a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de uno de su colegio de abogados local u otro servicio de remisiones. Hay grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, no **está obligado a contratar un abogado para** solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Proporcionamos los detalles de cada una de estas situaciones:

- **Sección 6:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que le dan el alta demasiado pronto
- **Sección 9:** Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto (se aplica solo a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

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

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4, en el Cuadro de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos de la Parte B difieren de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección explica qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. No recibe cierta atención médica que desea y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere proporcionarle y usted cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le dijimos que no la pagaremos. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir y quiere pedir a nuestro plan que se la reembolse. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Le informan que se reducirá o suspenderá la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado previamente, y usted cree que reducir o suspender esta atención podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es por atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que se refiere a su atención médica se denomina **determinación de la organización**.

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

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

Por lo general, una decisión estándar de cobertura se toma dentro de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, de 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios, o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una decisión rápida de cobertura se toma dentro de 72 horas para los servicios médicos, o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Solo puede obtener una decisión rápida de cobertura si el uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para recuperar sus funciones.

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

Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le brindemos una decisión rápida de cobertura. Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:

- Explique que utilizaremos los plazos estándar.
- Explique que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le brindaremos una decisión rápida de cobertura.
- Explique que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de brindarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

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

- Para comenzar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Para las decisiones estándar de cobertura, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos tomarnos **hasta 14 días calendario adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones rápidas de cobertura, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos dentro de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, responderemos dentro de 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos tomarnos **hasta 14 días calendario adicionales. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito**. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar *una queja rápida*. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué respondimos que no.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

Si respondemos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de 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, una apelación estándar se resuelve dentro de 30 días calendario o de 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación rápida se resuelve dentro de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted y/o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere una apelación rápida, le brindaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los de una decisión rápida de cobertura en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se le vence este plazo y tiene un motivo justificado, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

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

- Cuando revisamos su apelación, examinamos detenidamente toda la información. Verificamos si cumplimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta dentro **de 72 horas después de recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.**
 - Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos tomarnos **hasta 14 días calendario adicionales si su** solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas (o al finalizar el plazo extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que** solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos dentro de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que** solicitó, le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente 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

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Sin embargo, si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos tomarnos **hasta 14 días calendario adicionales si su** solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de 24 horas. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas).
- Si no le damos una respuesta antes del plazo (o al finalizar el plazo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que** solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan responde que no a una parte o a la totalidad** de su apelación, enviaremos automáticamente 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.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada** por Medicare. No está vinculada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina expediente **de su caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, puede tomarse **hasta 14 días calendario adicionales**. Si se toma días adicionales, se lo notificará por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro **de 30 días calendario después** de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, puede tomarse **hasta 14 días calendario adicionales**. Si se toma días adicionales, se lo notificará por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio** médico, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro **de 72 horas** o proporcionar el servicio dentro de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **las solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento** de la Parte B, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la **Parte B** dentro de 72 horas después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente **para las solicitudes** estándar. **Para las solicitudes** aceleradas, **tenemos 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente responde que no a una parte o a la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (**Esto se denomina confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explique la decisión.
 - Le informe sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita alcanza un mínimo determinado. El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le indique cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 explica los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5 Si nos pide que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No pague la factura usted mismo.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las normas para obtener el servicio o artículo.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si siguió las normas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió las normas, le enviaremos el pago del costo, por lo general, dentro de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no ha pagado por la atención médica, 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 cambio, le enviaremos una carta que indique que no pagaremos la atención médica y explique los motivos.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones de la Sección 6.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos pide que le reembolsemos por atención médica que ya recibió y pagó, no puede 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 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es sí en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2,

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

debemos enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó dentro de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir medicamento con *receta para pacientes ambulatorios cubierto* o medicamento de la Parte D cada vez. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal:

Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicita cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2**

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Solicita que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento de nuestro plan (como los límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicita pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicita obtener aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 7.4**

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

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

Sección 7.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

Solicitar que se elimine una restricción de cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desea, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta deberá explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, [se](#) presenta un ejemplo de una excepción que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Sección 7.3 Información importante sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que receta deben proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos por los que solicita una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta al solicitar la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una afección determinada. Estas diferentes opciones se **denominan** medicamentos alternativos. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el medicamento que solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto se aplica siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión mediante una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Las decisiones estándar de cobertura se toman dentro de **72 horas** después de recibir su solicitud. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman dentro de **24 horas** después de recibir su solicitud.

Si su salud lo requiere, pídanos una decisión rápida de cobertura. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir 2 requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura para obtener un reembolso de un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos indican que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente le brindaremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico o del profesional que receta, decidiremos si su salud requiere que le brindemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
 - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explique que, si su médico u otro profesional que receta solicitan la decisión rápida de cobertura, automáticamente le brindaremos una decisión rápida de cobertura.
 - Le indique cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de brindarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos a su queja dentro de 24 horas de recibirla.

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

Para comenzar, llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud escrita, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS*, disponible en nuestro sitio web www.ephmedicare.com. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud,

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

incluya su nombre, información de contacto e información que indique qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que receta) o su representante pueden hacerlo. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo indica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo, es decir, los motivos médicos de la excepción.** Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien, su médico u otro profesional que receta pueden informarnos por teléfono y luego enviar una declaración escrita por fax o por correo si es necesario.

Paso 3: Evaluamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que aceptamos dentro de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de su médico que la respalda.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué respondimos que no. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos dentro de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración de su médico que la respalda.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué respondimos que no. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué respondimos que no. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

- Si respondemos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 **Cómo presentar una apelación de Nivel 1**

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada**.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

Por lo general, una apelación estándar se resuelve dentro de 7 días calendario. Por lo general, una apelación rápida se resuelve dentro de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que receta deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los de una decisión rápida de cobertura en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándar, presente una solicitud escrita** o llámenos. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-833-742-3125.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita**, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de redeterminación de CMS*, disponible en nuestro sitio web www.ephmedicare.com. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se le vence este plazo y tiene un motivo justificado, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta dentro de **72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos brindar dentro de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué respondimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar de un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos una decisión dentro de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué respondimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo** que solicitó, también debemos pagarle dentro de 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que** solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué respondimos que no. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada** por Medicare. No está vinculada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso escrito.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación de que usted está **en riesgo** en nuestro programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su solicitud a la entidad de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se ha enviado a la organización de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina expediente **de su caso. Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente acepta brindarle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de **72 horas después de** recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, debemos** proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **dentro de 24 horas** después de recibir su decisión.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para las apelaciones estándar:

- Si la organización de revisión independiente responde que **sí a una parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la **organización de revisión independiente** dentro de 72 horas después de recibir su decisión.
- Si la organización de revisión independiente responde que **sí a una parte o a la totalidad de su solicitud** de reembolso de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si la organización de revisión independiente responde que no a una parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). **(Esto se denomina confirmar** la decisión. También **se denomina rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explique la decisión.
- Le informe sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Le indique el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 explica el proceso de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. Lo ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de salir.

- El día en que sale del hospital se denomina **fecha del alta**.
- Cuando se determine su fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si cree que le están pidiendo que salga del hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos

Dentro de 2 días calendario de ingresar en el hospital, recibirá un aviso escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. Le informa sobre:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según las indicaciones de su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
- Su derecho a participar en todas las decisiones 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 darle el alta si cree que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar que se posponga su fecha del alta, para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

2. Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con una fecha del alta.

3. **Guarde su copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada del alta.
- Para consultar una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en [CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha del alta hospitalaria

Para pedirnos que cubramos sus servicios de hospitalización durante más tiempo, utilice el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*) o a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha programada del alta es médicamente apropiada para usted. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

las fechas del alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del **hospital y a más tardar a la medianoche del día de su alta**.
 - **Si cumple este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de su fecha del *alta sin pagar mientras* espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple este plazo, comuníquese con nosotros**. Si decide permanecer en el hospital después de su fecha programada del alta, es posible *que deba pagar todos los costos de la* atención hospitalaria que reciba después de su fecha programada del alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día siguiente a aquel en que se comuniquen con nosotros, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso indica su fecha programada del alta y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (medicamento apropiado) darle el alta en esa fecha.
- Puede obtener un ejemplo del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede obtener un ejemplo del aviso en línea en [CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- A más tardar al mediodía del día siguiente a aquel en que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso escrito nuestro que indique su fecha programada del alta. Este aviso también explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (médicamente apropiado) darle el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión independiente responde que **sí, debemos seguir proporcionando sus servicios de hospitalización cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión independiente responde que no, indica que su fecha programada del alta es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios de hospitalización finalizará al mediodía del** día siguiente a aquel en *que* la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente 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 siguiente a aquel en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha programada del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 **Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha del alta hospitalaria**

Durante una apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a examinar su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su hospitalización después de su fecha programada del alta.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión dentro de **60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si permanece en el hospital después de la fecha en que termina su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días calendario de recibir su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión independiente responde que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su **primera apelación. Debemos continuar proporcionando cobertura para su hospitalización mientras sea médicamente necesaria.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si la organización de revisión independiente responde que no:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, debe decidir si desea continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto

Cuando recibe servicios de atención **médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios de ese tipo de atención mientras se necesiten para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de estos 3 tipos de atención para usted, debemos informárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura de esa *atención*, *dejaremos de pagar por ella*.

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una apelación **acelerada**. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de pedir un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le indica:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante más tiempo.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió. Firmar el** *aviso solo* **demuestra que recibió la información sobre cuándo terminará su cobertura. Firmarlo no significa** **que esté de acuerdo con la decisión** de nuestro plan de interrumpir la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla los plazos**
- **Pida ayuda si la necesita. Si tiene** preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación acelerada. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación a más **tardar al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se le vence el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado también se encuentran en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le proporcione.
- A más tardar al final del día en que los revisores nos informen de su apelación, recibirá nuestra *Explicación detallada de no cobertura*, que explica en detalle los motivos por los que finalizamos la cobertura de sus servicios.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores responden que sí?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, debemos **seguir proporcionando su servicio cubierto mientras sea médicamente necesario.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores responden que no?

- Si los revisores responden que **no, su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que termina su **cobertura, deberá pagar usted mismo el** costo total de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de que haya terminado su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a examinar la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que terminaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si continuó recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días calendario de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente responde que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le indicamos que terminaría su **cobertura. Debemos continuar proporcionando** cobertura para la atención mientras sea médicamente necesaria.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente responde que no?

- Significa que está de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica con más detalle los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelación.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Apelaciones de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede corresponder a su situación si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico objeto de su apelación alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede continuar apelando. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros 2 niveles. A continuación se indica quién se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador** que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelación puede concluir o continuar.** A diferencia de una decisión sobre una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Podemos esperar la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador deniega su apelación, el proceso de apelación puede concluir o continuar.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable sobre una apelación de Nivel 3, el proceso de apelación**

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

puede concluir o continuar. A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede concluir o continuar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si acepta o deniega su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Apelaciones de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede corresponder a su situación si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento objeto de su apelación alcanza cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es inferior, no puede continuar apelando. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros 2 niveles. A continuación se indica quién se encarga de revisar su apelación en cada uno de estos niveles.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de Nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación concluye. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura** del medicamento aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas), o efectuar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador deniega su apelación, el proceso de apelación puede concluir o continuar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación concluye. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura** del medicamento aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas), o efectuar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede concluir o continuar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si acepta o deniega su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Presentación de quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se abordan mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para ciertos tipos de problemas. Estos *incluyen* problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se abordan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	¿Alguien lo ha tratado de manera grosera o irrespetuosa? ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros? ¿Siente que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	¿Tiene dificultades para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla? ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O nuestros Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? - Los ejemplos incluyen esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de examen, o para obtener un medicamento recetado.
Limpieza	¿No está satisfecho con la limpieza o las condiciones de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	¿No le entregamos un aviso obligatorio? ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se refieren a la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no estamos respondiendo con suficiente rapidez, puede presentar una queja por nuestra demora. A continuación se presentan ejemplos:

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	- Nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y la denegamos; puede presentar una queja. - Considera que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones; puede presentar una queja. - Considera que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. - Considera que no cumplimos los plazos obligatorios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamación**.

Presentar una queja también se denomina **presentar una reclamación**.

Usar el proceso de quejas también se denomina **usar el proceso para presentar una reclamación**.

Una **queja rápida** se denomina **reclamación acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, por teléfono o por escrito.

- Llamar a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele** ser el primer paso. Si debe hacer algo más, Servicios para Miembros se lo informará.
- Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
 - Usted, un representante o su médico tratante, incluido el personal que actúe en nombre de un médico, pueden presentar una reclamación. Las reclamaciones deben presentarse oralmente o por escrito dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha del incidente.*

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- *Todas las reclamaciones, incluidas las quejas relacionadas con la calidad de la atención, independientemente de cómo se presente la reclamación, deben responderse por escrito. Se investigarán con la rapidez que requiera el caso, según su estado de salud, pero a más tardar 30 días después de recibir la solicitud o dentro de las 24 horas en el caso de reclamaciones aceleradas.*
- *Podemos tomar una prórroga 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 a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que desea quejarse.

Paso 2: Investigamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días** calendario. Si necesitamos más información y la demora es lo más conveniente para usted, o si solicita más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente tramitaremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos una **respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja, o no asumimos responsabilidad por el problema sobre el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se refiere a la *calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Esta organización es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para verificar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)* directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Cómo resolver problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Puede presentar una queja sobre El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Para obtener más información sobre las apelaciones y reclamaciones de los miembros relacionadas con servicios cubiertos por Medicaid, consulte el Capítulo 2, Sección 6, o comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 10:

Cómo finalizar la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)* puede ser **voluntaria** (por decisión propia) o **involuntaria** (no por decisión propia):

- Puede dejar nuestro plan porque decide que *desea* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las que estamos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 describe las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si deja nuestro plan, el plan debe continuar proporcionándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su parte de los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertas épocas del año. Debido a que tiene Medicaid, puede finalizar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare
- Si reúne los requisitos, un D-SNP integrado que proporcione sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y pasa un período continuo de 63 días o más sin cobertura acreditable de medicamentos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Si recibe Ayuda Adicional,

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

- Llame a la oficina de Medicaid de su estado al 1-800-252-8263 o al 211 para conocer sus opciones de planes de Medicaid.
- Durante el **Período de Inscripción Abierta** hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles. La Sección 2.2 explica más sobre el Período de Inscripción Abierta.
- **Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.** Su inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta

Puede finalizar su membresía durante el **Período de Inscripción Abierta** de cada año. Durante este período, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida qué cobertura desea para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Abierta** es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios para el próximo año. Si decide** cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Medicare Original *con* un plan independiente de medicamentos de Medicare
 - Medicare Original *sin* un plan independiente de medicamentos de Medicare.
 - Si reúne los requisitos, un D-SNP integrado que proporcione sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Puede realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el Período de Inscripción Abierta de **Medicare Advantage** de cada año.

- **El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también, para los nuevos beneficiarios de Medicare inscritos en un plan MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.er mes de dicho derecho.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse al mismo tiempo en un plan independiente de medicamentos de Medicare.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente a su inscripción en otro plan Medicare Advantage o a la recepción de su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en ese plan comenzará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de inscripción por parte del plan de medicamentos.

Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En ciertas situaciones, puede reunir los requisitos para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Puede reunir los requisitos para finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

- Generalmente, cuando se muda
- Si tiene Medicaid
- Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare
- Si incumplimos nuestro contrato con usted

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo reúna los requisitos para ciertos Períodos de Inscripción Especial. El Capítulo 5, Sección 10, explica más sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 explica más sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si reúne los requisitos 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 reúne los requisitos para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
- Medicare Original *con* un plan independiente de medicamentos de Medicare,
- Medicare Original *sin* un plan independiente de medicamentos de Medicare.
- Si reúne los requisitos, un D-SNP integrado que proporcione sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los medicamentos de su cobertura de medicamentos: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que rechace la inscripción automática.

Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente a su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 explican más sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan**Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía**

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Consultar la información en el ***manual Medicare y usted 2027***
- Llamar **a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en <i>El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)</i> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original con un plan independiente de medicamentos de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en <i>El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)</i> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare Original sin un plan independiente de medicamentos de Medicare	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en <i>El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)</i> se cancelará cuando comience su cobertura de Medicare Original.

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de *Texas Medicaid*, llame a Texas Health and Human Services al 1-800-252-8263 o al 2-1-1, TTY 7-1-1 o 1-800-735-2989, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. CST. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Texas Medicaid.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid, debe continuar obteniendo sus artículos, servicios médicos y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o el servicio de pedido por correo para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta (incluso si recibe el alta después del inicio de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones*

El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si ya no reúne los requisitos para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está destinado a personas que reúnen los requisitos para Medicare y Medicaid. Tiene 6 meses a partir de la fecha del aviso de posible pérdida de elegibilidad para presentar un comprobante de elegibilidad a fin de permanecer inscrito en *El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)*. Si no demuestra que sigue reuniendo los requisitos mediante, por ejemplo, una tarjeta de Medicaid o una carta de concesión de beneficios, su inscripción se cancelará por pérdida de la condición de necesidades especiales.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

- Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses. Si se muda o realiza un viaje prolongado, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o una persona no ciudadana elegible
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene y que proporciona cobertura de medicamentos
- Si nos proporciona intencionalmente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para el plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos autorización de Medicare).
- Si se comporta continuamente de manera perturbadora y dificulta que proporcionemos atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos autorización de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le pide que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito los motivos. También debemos explicar cómo puede presentar una reclamación o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los reglamentos establecidos conforme a dicha ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse 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 o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, antecedentes médicos, 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 las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes aplicables a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma aplicable por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes 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 de Derechos Civiles local. También puede consultar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en hhs.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-3125 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los que Medicare no sea el pagador primario. De acuerdo con los reglamentos de los CMS en el 42 CFR, secciones 422.108 y 423.462, El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario conforme a los reglamentos de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del 42 CFR, y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

Nota: Si desea más información o tiene inquietudes 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 de Derechos Civiles local. También puede consultar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente para proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia prevista en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: Una apelación es una medida que usted toma si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o de pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Período de beneficios: La forma en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: Un medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: Un medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que su versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes y generalmente no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Capítulo 12 Definiciones

Plan de atención: Un plan que describe qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y *beneficios complementarios adicionales*.

Equipo de atención: Un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que lo ayudan a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayuda a elaborar un plan de atención.

Etapas de cobertura catastrófica: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes elegibles en su nombre) ha gastado \$2,400 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año de cobertura. Es posible que tenga costos compartidos por medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP): Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades crónicas graves específicas.

Coseguro: Un monto que puede tener que pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de servicios o medicamentos recetados.

Queja: El nombre formal de **presentar una queja** es presentar una reclamación. El proceso de quejas se utiliza únicamente para ciertos tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple los plazos del proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluidos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: Un monto que puede tener que pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta médica, una visita hospitalaria ambulatoria o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Capítulo 12 Definiciones

Costos compartidos: Los costos compartidos se refieren a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier deducible que el plan pueda exigir antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier copago fijo que el plan exija cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que el plan exija cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Nivel de costos compartidos: Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos pertenece a uno de 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será su costo por el medicamento.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si nuestro plan cubre un medicamento que le han recetado y el monto, si corresponde, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le informa que la receta no está cubierta por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

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

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando reúnen los requisitos para Medicare generalmente pueden mantenerla sin pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cuidado de custodia: El cuidado de custodia es atención personal proporcionada en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia, proporcionado por personas sin habilidades ni formación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama o silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realiza por sí misma, como aplicarse gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Capítulo 12 Definiciones

Tarifa diaria de costos compartidos: Puede aplicarse una tarifa diaria de costos compartidos cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. La tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido entre el número de días de un suministro mensual. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y un suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, su tarifa diaria de costos compartidos es de \$1 por día.

Deducible: El monto que debe pagar por atención médica o medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Cargo por dispensación: Un cargo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar el medicamento.

Planes de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP): Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (Título XIX). Los estados cubren parte o la totalidad de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: Una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): Ciertos equipos médicos que su médico ordena por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente sin formación médica y con conocimientos promedio de salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si está embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o de su función, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Capítulo 12 Definiciones

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que: 1) son proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no figura en nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido con un nivel de costos compartidos más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan exige que pruebe otro medicamento antes de obtener el que solicita, si nuestro plan exige autorización previa para un medicamento y desea que eximamos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Ayuda Adicional: Un programa de Medicare que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado aprobado por la FDA por tener el mismo ingrediente o ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos.

Evaluación de riesgos para la salud: Una revisión de sus antecedentes médicos y su estado actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Asistente de salud en el hogar: Una persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

Cuidados paliativos para enfermos terminales: Un beneficio que proporciona tratamiento especial a un miembro cuya enfermedad terminal ha sido certificada médicamente, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige estos cuidados y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Capítulo 12 Definiciones

Hospitalización: Una estancia en el hospital cuando ha sido admitido formalmente para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo siga considerando un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo declarado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, supera cierto monto, pagará la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se suma a su prima. Afecta a menos del 5% de las personas con Medicare, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Etapas de cobertura inicial: Esta es la etapa posterior al pago de su deducible (si tiene uno) y anterior a que sus gastos de bolsillo del año alcancen el monto del umbral de gastos de bolsillo.

Período de Inscripción Inicial: Cuando reúne los requisitos para Medicare por primera vez, el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si reúne los requisitos para Medicare al cumplir 65 años, su 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.

D-SNP integrado: Un D-SNP que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios de Medicaid en un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles para Medicare y Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad y beneficios completos.

Plan institucional de necesidades especiales (I-SNP): Los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en ciertos centros de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a institucionales (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan de necesidades especiales equivalente a institucional (IE-SNP): Un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Capítulo 12 Definiciones

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte Ayuda Adicional.

Programa de Descuentos de Fabricantes: Un programa mediante el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total para nuestro plan de los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio Justo Máximo: El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo de gastos de bolsillo: El máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Si reúne los requisitos para recibir asistencia de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, no es responsable de pagar gastos de bolsillo que cuenten para el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo).

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: Un uso de un medicamento aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Médicamente necesario: Servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen las normas aceptadas de la práctica médica.

Medicare: El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: El período del 1 de enero al 31 de marzo durante el cual los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su

Capítulo 12 Definiciones

inscripción y cambiar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados 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 reúne los requisitos para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces denominado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un HMO, un PPO, un plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (~~cobertura de medicamentos recetados~~). Estos planes se denominan planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de visión, dentales o de audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, los programas de demostración o piloto y los Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro que ayuda a pagar medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de manejo de la terapia con medicamentos (MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas, proporcionado a personas que cumplen ciertos requisitos o participan en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las *brechas* de Medicare

Capítulo 12 Definiciones

Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros: Un departamento de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamaciones y apelaciones.

Farmacia de la red: Una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los miembros pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: Proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para proporcionar servicios de atención médica. Los proveedores de la red tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan proveedores del plan.

Período de Inscripción Abierta: El período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiar a Medicare Original.

Producto biológico original: Un producto biológico aprobado por la FDA que sirve como referencia de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (Medicare Tradicional o Medicare de pago por servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Medicare Original, los servicios se cubren mediante pagos a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica por montos establecidos por el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original tiene 2 partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros. La mayoría de los

Capítulo 12 Definiciones

medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros. Los proveedores fuera de la red no son empleados de nuestro plan ni son propiedad del plan ni son operados por él.

Gastos de bolsillo: Consulte la definición de costos compartidos anterior. El requisito de que un miembro pague una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Umbral de gastos de bolsillo: El monto máximo que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte D.

Parte C: Consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: El programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: Un monto que se agrega a su prima mensual del plan por la cobertura de medicamentos de Medicare si permanece sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de reunir los requisitos por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): Un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage con una red de proveedores contratados que han aceptado atender a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos del miembro generalmente serán mayores cuando se reciben beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para sus gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para sus gastos de bolsillo totales combinados por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Capítulo 12 Definiciones

Prima: El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica por la cobertura de salud o medicamentos recetados.

Servicios preventivos: Servicios de atención médica que lo ayudan a mantenerse sano, detectar problemas de salud de manera temprana, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, pruebas de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas de seguimiento de la salud, asesoramiento y educación para ayudarlo a cuidar su propia salud.

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: Aprobación anticipada para recibir servicios o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el formulario, y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Prótesis y órtesis: Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o una función, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para verificar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: Una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: Un portal o una aplicación informática en los que los inscritos pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica para el inscrito sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para la misma afección de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) aplicables a los medicamentos alternativos.

Capítulo 12 Definiciones

Remisión: Una orden escrita de su médico de atención primaria para que consulte a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: Un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un Precio Justo Máximo.

Área de servicio: Un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de salud determinado. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente también es el área en la que puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera de nuestra área de servicio.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden administrar un enfermero registrado o un médico.

Plan de necesidades especiales: Un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, viven en un hogar de ancianos o tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Costos compartidos estándar: Costos compartidos distintos de los costos compartidos preferidos ofrecidos en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: Una herramienta de utilización que exige que pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haber recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no constituye una emergencia es un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, debido al momento, lugar y

Capítulo 12 Definiciones

circunstancias, no es razonable obtenerlo de proveedores de la red. Los ejemplos de servicios de urgencia incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias con proveedores (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia aunque se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.

Servicios para Miembros de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
Llame	1-833-742-3125 Las llamadas a este número son gratuitas. <i>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.</i> De lunes a viernes. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés. Servicios para Miembros, 1-833-742-3125 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 <i>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</i> Las llamadas a este número son gratuitas. <i>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</i>
Fax	915-532-2286
Escriba	El Paso Health Medicare Advantage P.O. Box 971100 El Paso, TX 79997-1100
Sitio web	www.ephmedicare.com

Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud (HICAP) de Texas SHIP

El Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de Salud es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Llame	1-855-937-2372
TTY	711 <i>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</i>
Escriba	701 W. 51st Street Austin, Texas 78751
Sitio web	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración de divulgación de la PRA Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que

esta muestre un número de control válido de la 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, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso de no discriminación

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

El Paso Health proporciona ayudas y servicios sin costo a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, como:

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

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

Si cree que El Paso Health no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, 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. Si necesita ayuda para presentar una reclamación, el Coordinador de Derechos Civiles de El Paso Health está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>, o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
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 <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

Servicios de asistencia lingüística

English: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-833-742-3125 (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 1-833-742-3125 (TTY: 711)

Vietnamese/Viet: Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về El Paso Health, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-833-742-3125 (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 1-833-742-3125 (TTY: 711)]

Korean/한국어: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 El Paso Health에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-833-742-3125 (TTY: 711)

المساعدة على الحصول El Paso Health (بخصوص أسئلة شخصتساعده لدى أو لديك كان إن **العربية/Arabic** 1-833-742-3125 في الحق فليديك ،)(ب اتصل مترجم مع للتحدث. تكلفة اية دون من بلغتك الضرورية والمعلومات (TTY: 711)

زبان اپنی کو دونوں آپ El Paso Health اور ہیں رہے دے مدد کو کسی آپ اگر ہے سوال کو دونوں آپ: اردو/Urdu 1-833- [تو میں، بارے مفت کے میں لیے، کے کرنے بات سے ترجمان ہے۔ حق کا کرنے حاصل معلومات اور مدد ہے 742-3125 (TTY: 711)

Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, 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 1-833-742-3125 (TTY: 711)

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 1-833-742-3125 (TTY: 711)

Hindi/हिंदी: यदि आपके ,या आप द्वारा सहायता ककए जा रहे ककसी व्यक्तत के El Paso Health के बारे म॑ प्रश्न ह॑ ,तो आपके पास अपनी भाषा म॑ मुफ्त म॑ सहायता और सूचना प्राप्त करने का ॑धकार है। ककसी ि॑भाषण सेबात करनेके ॑लए 1-833-742-3125 (TTY: 711)

Servicios de asistencia lingüística

Persian/فارسی: که دارید را این حق El Paso Health [مورد در سوال ، میکنید کمک او به شما که کسی یا شما، اگر: فارسی] 1-833-742-3125 (TTY: 711) باشید داشته ، [نمایید دریافت رایگان طور به را خود زبان به اطلاعات و 361 کمک

German/ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-833-742-3125 (TTY: 711)

Gujarati/સચુ ના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશલ ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-833-742-3125 (TTY: 711)

Russian/ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-833-742-3125 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 1-833-742-3125 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian/ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-833-742-3125 (TTY: 711)



Para obtener más información:

Llame al 1-833-742-3125

Los usuarios de TTY deben llamar al 711

**o visítenos en
ephmedicare.com**