

2027

Evidencia de cobertura

El Paso Health Total (HMO)

Al servicio de El Paso, Texas

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



H3407_27002EOC_C SPAN

1 de enero – 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de *El Paso Health Total (HMO)*, ofrecido por *El Paso First Health Plans, INC DBA El Paso Health*

Este documento brinda los detalles de su cobertura de salud 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
- 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 1-833-742-2121 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es del 01 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., MST. La llamada es gratuita.

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

Este documento está disponible gratuitamente en español, letra grande y braille. 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**Índice**

CAPÍTULO 1: Comience como miembro.....	6
SECCIÓN 1 Usted es miembro de El Paso Health Total (HMO)	6
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan	7
SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros	8
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027	9
SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan	10
SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	11
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos	13
SECCIÓN 1 <i>Contactos de El Paso Health Total (HMO)</i>	13
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare.....	17
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).....	18
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	19
SECCIÓN 5 Seguro Social	20
SECCIÓN 6 Medicaid.....	20
SECCIÓN 7 Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)	21
SECCIÓN 8 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador.....	22
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos	23
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	23
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica	25
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en una emergencia, un desastre o una necesidad de atención urgente	29
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	31
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	31
SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica	33
SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero	34
CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y lo que usted paga)	37
SECCIÓN 1 Comprender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos.....	37

Índice

SECCIÓN 2	La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos.....	39
SECCIÓN 3	Servicios que nuestro plan no cubre (exclusiones).....	76
CAPÍTULO 5: Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos		79
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte de los servicios cubiertos	79
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió	81
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o denegaremos.....	82
CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades		83
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	83
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	89
CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)		91
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud.....	91
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	91
SECCIÓN 3	Qué proceso usar para su problema	93
SECCIÓN 4	Guía de decisiones de cobertura y apelaciones.....	93
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	96
SECCIÓN 6	Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto.....	106
SECCIÓN 7	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto	111
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5	115
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	117
CAPÍTULO 8: Cómo finalizar la membresía en nuestro plan		121
SECCIÓN 1	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	121
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	121
SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	123

Índice

SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan	124
SECCIÓN 5	<i>El Paso Health Total (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones</i>	125
CAPÍTULO 9: Avisos legales		127
SECCIÓN 1	Aviso sobre la legislación aplicable	127
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	127
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario	128
CAPÍTULO 10: Definiciones		129

CAPÍTULO 1:

Comience como miembro

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

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

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

El Paso Health Total (HMO) es un Plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

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 Total (HMO)* cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción 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 Total (HMO)* 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 Total (HMO)* 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) debe aprobar *El Paso Health Total (HMO)* cada año. Puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve 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 2.2). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella
- Es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.

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

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

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

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de miembro del plan

Utilice su tarjeta de miembro siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Tarjeta de miembro de muestra:

		El Paso Health Total (HMO)	
Name:	PCP:	\$0	
ID:	Specialist:	\$25	
PBP: H3407_002	Emergency Room:	\$140	
Plan: El Paso Health Total (HMO)	PCP Name:		
Effective Date:	PCP Phone:		
Pharmacists Only:	EPHMedicare.com		
Navitus: 1-866-270-3877	MedicareRx		
RxBin: 610602	Prescription Drug Coverage		
RxPCN: NVTD			
RxGRP: EHD002			
Medical Providers: Electronic Claims Availity Payer ID: EPF07 Paper Claims: El Paso Health Medicare P.O. Box 971370 El Paso, TX 79997-1370 Eligibility & Prior Authorization 1-833-742-2121 Liberty Dental: 1-888-352-7924		For Members: In case of emergency, call 9-1-1 or go to the closest emergency room. Member Services: 1-833-742-2121 (TTY: 711) Behavioral Health Services: 1-877-379-7647 Pharmacy Benefits: 1-833-742-2121 24-Hour Nurse Line: 1-844-549-2826	

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 Total (HMO), 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 1-833-742-2121 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* www.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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

disponible (es decir, cuando no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que El Paso Health Total (HMO) 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 1-833-742-2121 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los Directorios de proveedores *impresos que solicite* se le enviarán por correo dentro de 3 días hábiles.

SECCIÓN 4 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
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).	\$5,600
Consultas de atención primaria en el consultorio	\$0 por consulta
Consultas con especialistas en el consultorio	\$25 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.	Copago de \$115 por los días 1-6, \$0 por los días 7-90

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficios complementarios opcionales (Sección 4.3)

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima mensual del plan por separado por *El Paso Health Total (HMO)*.

Si su cobertura se brinda a través de un contrato con su empleador actual o anterior o sindicato. Comuníquese con el administrador de beneficios del empleador o sindicato para obtener información sobre la prima de su plan.

Las primas de la Parte B 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 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras 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 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 y otros proveedores de la red de su plan utilizan **su registro de miembro para saber qué servicios 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)

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- 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)
- 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 1-833-742-2121 (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 6 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 1-833-742-2121 (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 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.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 *Contactos de El Paso Health Total (HMO)*

Si necesita ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a *El Paso Health Total (HMO)*. Con gusto le ayudaremos.

Servicios para Miembros – Información de contacto

Llame**1-833-742-2121**

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. 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.

Servicios para Miembros 1-833-742-2121 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece 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.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Fax	915-298-7872
Escriba	<i>El Paso Health Medicare Advantage</i> P.O Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100
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. 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, consulte el Capítulo 7.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre atención médica – Información de contacto

Llame	1-833-742-2121 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. 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.
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. 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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	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 971100 El Paso, Texas 79997-1100</i>
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 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 7.

Quejas sobre atención médica – Información de contacto

Llame	1-833-742-2121 Las llamadas a este número son gratuitas. <i>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. 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 un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar.</i> <i>Las llamadas a este número son gratuitas.</i> <i>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>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Fax	915-298-7872
Escriba	<i>El Paso Health Medicare Advantage P.O Box 971100 El Paso, Texas 79997-1100</i>
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre El Paso Health Total (HMO) directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

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

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 5 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 7 para obtener más información.

Solicitudes de pago – Información de contacto

Llame	<i>Solicitudes de pago de las Partes C y D</i> <i>1-833-742-2121</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. 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> <i>Las llamadas a este número son gratuitas.</i>
TTY	<i>Solicitudes de pago de las Partes C y D</i> <i>711</i> <i>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar</i> <i>Las llamadas a este número son gratuitas.</i>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	<i>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	915-298-7872
Escriba	El Paso Health Medicare Advantage 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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Sitio web[Medicare.gov](https://www.medicare.gov)

- Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan.
- 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 Total (HMO)*

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.

El Programa de Información, Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud 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.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Los asesores del Programa de Información, Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a 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 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 un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar.</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.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**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>
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.

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. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos Programas de **Ahorros de Medicare** incluyen:

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+)).
- **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.

Para obtener más información sobre Medicaid y los Programas de Ahorros de Medicare, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

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

Llame	915-772-8383
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

SECCIÓN 7 Junta de Jubilación Ferroviaria (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.
--------------	---

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	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 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 8 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del empleador o grupo de jubilados 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 1-833-742-2121 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*) si tiene preguntas. Puede preguntar sobre sus beneficios de salud del empleador o para jubilados (o los de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el período de inscripción. 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.

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener cobertura de su atención médica.

Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe atención, 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 los médicos y otros profesionales de atención de la salud, grupos médicos, hospitales y otros establecimientos de atención de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costos compartidos como pago total. Hemos coordinado 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, paga solo su parte del costo de sus servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención de la salud, los suministros y los equipos cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan

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

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

El Paso Health Total (HMO) 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.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria de la red (PCP) que proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 de este capítulo 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 recibe 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 recibe. *Hay 3 excepciones:*
 - Nuestro plan cubre los servicios de emergencia o de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare 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 normalmente paga dentro de la red. *Debe obtenerse la autorización del plan antes de solicitar atención. En esta situación, paga lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.* Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - 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

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

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

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que proporcione y supervise su atención médica**¿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.

Los PCP pueden ser cualquiera de los siguientes tipos de médicos, siempre que formen parte de la red de nuestro plan:

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

Recibirá su atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro. Su PCP proporcionará la mayor parte de su atención y ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro. Esto incluye sus radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, ingresos hospitalarios y atención de seguimiento. La coordinación de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores sobre su atención y cómo está evolucionando. Si necesita ciertos 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 proveedores ordena un servicio que requiere autorización, ese proveedor es responsable de obtener una autorización previa de El Paso Health Total (HMO).

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

¿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 en el hogar 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 que puede obtener sin una remisión del PCP

Puede obtener los servicios enumerados a continuación sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP:

- Atención de salud de rutina para mujeres, incluidos exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), 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

- 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 de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no constituyen una emergencia) si usted está 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 enfermedades y lesiones imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. 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.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-2121 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudar a coordinar la diálisis de mantenimiento durante su ausencia.

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).

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:

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

- 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 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 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, llame a Servicios para Miembros al 1- 833-742-2121 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*) 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 7)

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 1-833-742-2121. 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, y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, aunque no forme parte de nuestra red. No cubrimos la atención de emergencia fuera del área de servicio o de los Estados Unidos.
- **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 1-833-742-2121.*

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.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

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.

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 enfermedades y lesiones imprevistas o 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.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio que reciba 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.

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

Si pagó más que los costos compartidos de nuestro plan por servicios cubiertos o recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total

El Paso Health Total (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos 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.

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

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

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).

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.

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 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 5 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Ejemplo de costos compartidos en un ensayo clínico: Supongamos que se le realiza un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Su

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

parte de los costos de este análisis es de \$20 bajo Medicare Original, pero el análisis costaría \$10 bajo nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Usted notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de un ensayo clínico que reúne los requisitos y presentaría documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto por el análisis sea de \$10, el mismo monto que paga bajo los beneficios de nuestro plan.

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.
- 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).

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

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*.

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 hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada;

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. **Sin embargo, como miembro de El Paso Health Total (HMO), generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de cuántos copagos haga por el**

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

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 1-833-742-2121 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

¿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. Deberá hacer 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

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 Total (HMO)* 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 Total (HMO)* 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?

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

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 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 y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Comprender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de *El Paso Health Total (HMO)*. Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos

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

- **Copago:** el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le proporciona más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le proporciona más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa de Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguro. Si participa en uno de estos programas, asegúrese de mostrar a su proveedor el comprobante de su elegibilidad para Medicaid o QMB.

Sección 1.4 ¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare?

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que usted debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte de Medicare. 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 \$5,600.**

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

Los montos que paga en copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios *médicos*. Si llega al monto máximo de gastos de bolsillo de \$5,600, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen su prima de la Parte B).

Sección 1.6 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de *El Paso Health Total (HMO)*, tiene una protección importante porque solo debe pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que **se conoce como** facturación del saldo. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, y aunque haya una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor.

Así funciona la protección contra la facturación del saldo:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), solo paga ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que acuda:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (establecida en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando recibe una remisión o en casos de emergencia o servicios de atención de urgencia).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando recibe una remisión o en casos de emergencia o servicios de atención de urgencia fuera del área de servicio).

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

- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-2121 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

La Tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes enumera los servicios que cubre *El Paso Health Total (HMO)* y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen estas condiciones:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse conforme a las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y 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 inscritos, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA no puede exigir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento correspondía a un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red
- 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 de urgencia, o que nuestro plan o un proveedor de la red le haya proporcionado una remisión. Esto significa que usted paga al proveedor el monto completo 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* únicamente 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 indicados en **negrita** y *cursiva* en la Tabla de beneficios médicos.
- 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

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

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:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, paga más en *nuestro* plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, paga menos. (Para *obtener* más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2027*. Consúltelo 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).
- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o monitoreo de una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención que recibió para la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para nuevos servicios durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.



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 médica sea tal que otros medios	Ambulancia de emergencia Ambulancia terrestre – Copago de \$300 por fecha de servicio, independientemente del número de viajes

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

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.

Ambulancia aérea – Coseguro del 20% por fecha de servicio, independientemente del número de viajes Ambulancia que no es de emergencia

Ambulancia terrestre – Copago de \$300 por fecha de servicio, independientemente del número de viajes

Ambulancia aérea – Coseguro del 20% por fecha de servicio, independientemente del número de viajes Se requiere autorización para los servicios de Medicare que no son de emergencia

**Consulta 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

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

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

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.



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.

Servicios de rehabilitación cardíaca

Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para los miembros que cumplen ciertas condiciones y tienen una remisión de un médico.

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

Consultorio de especialista
– Copago de \$25 Intensiva

Rehabilitación cardíaca
– Copago de \$25 Pulmonar

Rehabilitación
– Copago de \$25

Se requiere autorización

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

recibir 36 sesiones adicionales que se pueden distribuir durante un período más largo.	
 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 Análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las 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: • <i>Cubrimos únicamente</i> la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral	<i>Consultorio de especialista</i> • <i>Copago de \$15</i> <i>Se requiere autorización.</i>
 Pruebas de detección del cáncer colorrectal	No hay coseguro, copago ni deducible por un examen de

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

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 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.

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 y está *sujeto a un copago* de \$90 por enema de bario.

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

- 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 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:

- Copago de \$0 por examen oral. 2 cada año
- Copago de \$0 por radiografías dentales. 2 cada año
- Copago de \$0 por servicios dentales de diagnóstico. *Se requiere autorización*
- Copago de \$0 por endodoncia, 1 por diente durante toda la vida. *Se requiere autorización*
- Copago de \$0 por profilaxis (limpieza). 2 cada año
- Copago de \$0 por tratamiento con fluoruro. 2 cada año
- Copago de \$0 por servicios restauradores. Un empaste restaurador por superficie por diente cada 2 años. Incrustación restauradora

– Copago de \$25

Pueden aplicarse limitaciones y exclusiones. Los beneficios dentales de este plan pueden no cubrir todos los códigos de procedimiento. Cualquier servicio que no esté enumerado no estará cubierto por el plan y será responsabilidad del miembro. Nuestro proveedor dental es Liberty Dental. Debe acudir a un proveedor de la red para usar este servicio.

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

inlay/onlay, 1 por diente cada 5 años. Una corona restauradora por diente cada 5 años. La reparación restauradora es ilimitada. • Copago de \$0 por prostodoncia removible. Prostodoncia (dentaduras postizas), un juego cada 5 años. Ajustes/reparación de dentaduras postizas, 1 por arcada cada año. Rebase de dentadura postiza, uno por arcada cada 2 años. • Copago de \$0 por prostodoncia fija. Dentaduras parciales (puentes), una por diente cada 5 años <i>Su asignación anual de \$1,000 es para beneficios de diagnóstico/preventivos e integrales.</i>	
 Prueba de detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión por año. La prueba debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de la depresión.
 Pruebas de 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 de insulina y quienes no la usan). Los servicios cubiertos incluyen:	Suministros para el monitoreo de la diabetes – Coseguro del 20% Para la diabetes Zapatos y plantillas – Copago de \$0

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

- 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

Se requiere autorización

Capacitación para el autocontrol de la diabetes
– Copago de \$0

Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados

(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 y el Capítulo 3)

Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor de suministros en su área no ofrece una marca o fabricante específico, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores de suministros está disponible en nuestro sitio web en ephmedicare.com. Por lo general, *El Paso Health Total (HMO)* cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes, a menos

Su costo compartido por la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20%.

Su costo compartido por los siguientes artículos de DME, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores, es un coseguro del 20%.

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

que su médico u otro proveedor nos informe que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en *El Paso Health Total (HMO)* y usa una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos cubriendo esa marca para usted hasta por 90 días. Durante este período, 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 lo 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 7).

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 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.

Copago de \$130

El copago no se aplica si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas posteriores a acudir a la sala de emergencias.

Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su afección de emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para que su atención continúe estando cubierta.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)***El Paso Health Total (HMO) no cubre la atención de emergencia en todo el mundo.*****Programa Get Fit**

Como miembro, obtiene una membresía premium mensual (tarjeta negra) en cualquier ubicación de Planet Fitness. Tendrá acceso a todos los equipos, clases, entrenamientos exclusivos de la aplicación de Planet Fitness y a cualquier instalación ubicada en los Estados Unidos. También puede llevar a un invitado en cualquier momento sin costo. Se aplican limitaciones a todos los invitados: solo pueden usar las instalaciones y los equipos de ejercicio siempre que estén acompañados por un miembro de nuestro plan.

O una membresía mensual en cualquier instalación local de YMCA, con la posibilidad de acceder a cualquier ubicación, clases y equipos.

Debe elegir una opción u otra.

No hay coseguro, copago ni deducible.

Debe usar su identificación de miembro para registrarse en el centro de acondicionamiento físico y obtener este servicio.

**Programas de educación sobre salud y bienestar**

El Paso Health Total (HMO) 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 se evalúan e identifican los determinantes sociales de la salud para promover el bienestar físico, emocional y social general.

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. La Línea de crisis de salud conductual, 1-877-379-7647, está disponible para los miembros las 24 horas del día, los 7

No hay coseguro, copago ni deducible. Debe usar su identificación de miembro para registrarse en el centro de acondicionamiento físico y obtener este servicio.

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

<i>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 <i>PCP</i> 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.	Servicios de audición cubiertos por Medicare Consultorio de especialista – Copago de \$25 <i>Copago de \$525 por audífono de nivel inicial;</i> <i>Copago de \$700 por audífono básico;</i> <i>Copago de \$1,000 por audífono Prime.</i>
 Prueba de 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	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para la prueba preventiva de detección del VIH cubierta por Medicare.
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. 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	Atención médica en el hogar – Copago de \$0 por servicios en el hogar del miembro Equipo médico duradero – Coseguro del 20% por suministros proporcionados por un proveedor de equipo médico duradero

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

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

Pueden aplicarse las normas de autorización previa.

Atención médica en el hogar

– Copago de \$0 por servicios en el hogar del miembro

Equipo médico duradero

– Coseguro del 20%

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

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.

Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos para enfermos terminales certificado por Medicare, Medicare Original, y no El Paso Health Total (HMO), 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.

– Costo compartido de \$0 por servicios de consulta sobre cuidados paliativos para enfermos terminales.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**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 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 Total (HMO)*, pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare: *El Paso Health Total (HMO)*

El Paso Health Total (HMO)]continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios.

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.

 Vacunas

Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:

- Vacunas contra la neumonía

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

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

- 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 recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener información adicional.

Atención hospitalaria

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 de enfermería regulares
- Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios)
- Fármacos y medicamentos
- Pruebas de laboratorio
- radiografías y otros servicios de radiología
- Suministros quirúrgicos y médicos necesarios
- Uso de dispositivos, como sillas de ruedas
- Costos de quirófano y sala de recuperación

El costo compartido de atención hospitalaria comienza el primer día cada vez que es ingresado en el hospital.

Días 1-6

- Copago de \$115 por día

Días 7-90

- Copago de \$0 por día

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

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

- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje
- Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias
- En 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 intestino/multiviscerales. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para 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 trasplante de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir acudir a un proveedor local siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si *El Paso Health Total (HMO)* proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige recibir el trasplante en ese lugar distante, organizaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante.
- 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

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

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

ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o 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 para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico

Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una estancia hospitalaria. *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.*

El costo compartido de atención en un hospital psiquiátrico comienza el primer día cada vez que es ingresado para recibir atención psiquiátrica hospitalaria.

Días 1-6

- Copago de \$115 por día

Días 7-90

Copago de \$0 por día

Estancia hospitalaria: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o SNF durante una estancia hospitalaria

no cubierta Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estancia hospitalaria no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estancia hospitalaria. 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

Cuando la estancia hospitalaria no está cubierta ni es razonablemente necesaria, usted pagará el costo del servicio.

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

contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del 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	
Beneficio de comidas (después del alta) Como miembro de nuestro plan, recibirá 14 comidas después del alta de un centro de enfermería especializada o un hospital. Las comidas se basan en las restricciones alimentarias.	No hay coseguro ni copago.
 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 su 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 orden 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.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

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

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.

Medicamentos de la Parte B de Medicare

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 médicamente 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

Medicamentos de quimioterapia

– Coseguro del 20% **Se requiere autorización**

Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare – Coseguro del 20% **Se requiere autorización**

Otros medicamentos de la Parte B de Medicare – Coseguro del 20% **Se requiere autorización**

No pagará más de un copago de \$35 por un suministro de un mes de insulina de la Parte B cubierta por nosotros.

Puede haber un costo por la administración del propio medicamento de la Parte B.

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

órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B cuando recibe los medicamentos inmunosupresores

- 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 capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable
- Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que 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

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

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) Este enlace lo 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 nuestro beneficio de medicamentos de la Parte B.	
 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 ayudarle 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)	Consultorio de especialista – Copago de \$25 Hospital para pacientes ambulatorios – Copago de \$150 Se requiere autorización

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

• Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios 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 • Pruebas 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	Procedimientos y pruebas de diagnóstico – Copago de \$90 Tomografía computarizada, resonancia magnética o PET – Copago de \$165 con un especialista – Copago de \$320 en un centro Servicios de laboratorio – Copago de \$0 con un PCP o especialista – Copago de \$60 en un centro Servicios de radiografías para pacientes ambulatorios – Copago de \$0 en el consultorio – Copago de \$125 en un centro Radiología terapéutica (radioterapia) – Coseguro del 20% en un consultorio o centro
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios	Este es el máximo que pagará durante una estancia de observación. Los servicios de

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

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.

Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo 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.

atención médica cubiertos proporcionados durante una estancia de observación no tendrán copagos adicionales.

– Copago de \$100

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

Cateterismo cardíaco y clínica ambulatoria

– Copago de \$0

Centros hospitalarios para pacientes ambulatorios –

Copago de \$150

Se requiere autorización

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

- 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.

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.

Sesiones individuales
– Copago de \$25

Sesiones grupales
– Copago de \$25

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

Fisioterapia y patología del habla y del lenguaje
– Copago de \$25 en el consultorio
– Copago de \$30 en un centro
Se requiere autorización

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

ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORFs).	Terapia ocupacional – Copago de \$25
Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios Tiene cobertura para el tratamiento del abuso de sustancias, según lo cubierto por Medicare Original.	Sesiones individuales – Copago de \$25 Sesiones grupales – Copago de \$25
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 ingresarle 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.	Centro quirúrgico ambulatorio – Copago de \$115 Hospital Centro para pacientes ambulatorios – Copago de \$150 Se requiere autorización
Artículos de venta libre (OTC) Asignación trimestral de \$45 para productos de venta libre elegibles, como vitaminas, cepillos de dientes, Band-Aids, toallitas con alcohol, Tylenol y mucho más. Las asignaciones no utilizadas no se acumulan. Recibirá su tarjeta OTC Mastercard patrocinada por Nations Benefits.	No hay coseguro, copago ni deducible. Debe usar una de nuestras tiendas minoristas de la red.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos <i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como servicio 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	Hospitalización parcial – Copago de \$25 por día Se requiere autorización Servicios ambulatorios intensivos – Copago de \$25 por día

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

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.

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
 - Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud.
- [Modifique según sea necesario si los beneficios del plan incluyen cobertura fuera de la red de

Proveedor de atención primaria

– Copago de \$0

Especialista

– Copago de \$25

Telesalud

– Copago de \$0 con un *PCP*

– Copago de \$50 con un *especialista*

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

servicios adicionales de telesalud como beneficios suplementarios obligatorios.]

- *[Enumere los medios disponibles de intercambio electrónico utilizados para cada servicio de la Parte B ofrecido como beneficio adicional de telesalud de MA, junto con cualquier otra instrucción de acceso que pueda aplicarse.*
- 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**

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

○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ 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 <i>de otro proveedor de la red antes</i> 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	<i>Copago de \$25</i>
 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	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio de PrEP.

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

• Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez	
 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 <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	<i>Prótesis y dispositivos ortésicos</i> – Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización</i> <i>Suministros médicos</i> – Coseguro del 20% <i>Se requiere autorización</i>
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una remisión u orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	<i>Consultorio del especialista</i> – Copago de \$25 <i>Se requiere autorización</i>
 Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio

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

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

preventivo de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubierto por Medicare.

 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.

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

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.

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

**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.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Servicios para tratar la enfermedad renal**

Los servicios para enfermedades renales y de 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)
- 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.

Servicios de educación sobre enfermedades renales

- Copago de \$0 Servicios de diálisis
- 20% de coseguro

Se requiere autorización

Equipo médico duradero

- 20% de coseguro Atención médica domiciliaria
- Copago de \$0 Se requiere autorización

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).

Días 1-20

Copago de \$0 por día

Días 21-100Días 21-100

Copago de \$221 por día

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

Cubrimos hasta 100 días de servicios en un centro de enfermería especializada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:

- Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente 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 naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea).
- 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
- Pruebas de laboratorio que los SNFs proporcionan habitualmente
- Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente proporcionan los SN
- 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)

Los costos compartidos se basan en el período de beneficios.

Se requiere autorización

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

- 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 de 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.

Terapia de ejercicio supervisado (SET)

La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión por PAD del médico responsable de su tratamiento.

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

-Copago de \$25

Se requiere autorización

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

- Ser proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los 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.

Servicios 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.

Este servicio no está cubierto fuera de EE. UU.

Consultorio

– Copago de \$0

Centro

– Copago de \$50

**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

Especialista

– Copago de \$25

Examen de la vista de rutina no cubierto por Medicare Un examen cada año

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

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 <i>También tiene una asignación anual de \$200 para anteojos (lentes y monturas) y/o lentes de contacto.</i>	– Copago de \$0
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la visita <i>preventiva única</i> «Bienvenido a Medicare». La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones [y vacunas]), y remisiones para otra atención, si es necesario. Importante: Cubrimos la <i>consulta preventiva Bienvenido a Medicare</i> 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 <i>consulta preventiva Bienvenido a Medicare</i>.	No hay coseguro, copago ni deducible por la consulta <i>preventiva Bienvenido a Medicare</i>.
Línea de enfermería las 24 horas Como miembro, tiene acceso a una línea de enfermería las 24 horas, disponible los 7 días de la semana. La línea	No hay coseguro ni copago.

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

de enfermería cuenta con enfermeros y farmacéuticos bilingües.

SECCIÓN 3 Servicios que nuestro plan no cubre (exclusiones)

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

El cuadro siguiente enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna circunstancia o que solo están cubiertos en condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, salvo en las condiciones específicas que se indican a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y, al resolver la apelación, se determina que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión nuestra de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias
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	No cubiertos bajo ninguna circunstancia
Los cuidados de custodia son cuidados personales que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
capacitado, como la ayuda con actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse o vestirse	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales	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)
Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica	
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 cubiertos bajo ninguna circunstancia
Comidas entregadas a domicilio	No cubiertos bajo ninguna circunstancia
Servicios de salud 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, como limpieza ligera o preparación sencilla de comidas.	No cubiertos bajo ninguna circunstancia
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos bajo ninguna circunstancia
Atención dental no rutinaria	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	No cubiertos bajo ninguna circunstancia

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	
Habitación privada en un hospital	Cubierta solo 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 cubiertos 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 los pies de rutina	Se proporciona cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes)
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:

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

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

A veces, cuando recibe atención médica, puede tener que pagar el costo total. En otras ocasiones, puede darse cuenta de que paga más de lo esperado según las reglas de cobertura de nuestro plan, o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero (que le reembolse). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse siempre que haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir ciertos plazos para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

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, como se explica en este material. 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:

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

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, pertenezca o no a nuestra red. En estos casos,

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

- Solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencias están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia.
- Si paga todo el monto al recibir la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. 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 ya haya realizado.
 - Si se le debe algún monto al proveedor, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

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

- Solo tiene que pagar su monto de costos compartidos cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales separados, **lo que se** denomina facturación del saldo. Esta protección (que nunca paga más que su monto de costos compartidos) se aplica aunque paguemos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, y aunque haya una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que supera lo que debe pagar, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según nuestro plan.

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 algún servicio cubierto después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos

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

nuestra parte de los costos. Debe presentar documentación, como recibos y facturas, para que podamos tramitar el reembolso.

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

SECCIÓN 2 **Cómo 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 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 o artículo.

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. [Inserte los datos necesarios para tomar una decisión (p. ej., nombre, fecha de los servicios, artículo, etc.)]
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.ephmedicare.com) o llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-2121 (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*

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

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 está cubierta y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio, enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. 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 7.

CAPÍTULO 6:

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 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 1-833-742-2121 (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 6 Sus derechos y responsabilidades

especialista de la red, llame para presentar una queja ante *El Paso Health Total (HMO)*. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos garantizarle acceso oportuno a los servicios 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.

Si cree que no recibe su atención médica dentro de un plazo razonable, el Capítulo 7 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*.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o exigidas por la ley.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- Debemos divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
- Como es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionar a Medicare su información de salud. 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 1-833-742-2121 (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 Total (HMO)*, 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 1-833-742-2121 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las cualificaciones de los proveedores 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.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto. El Capítulo 7** proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

de por qué un servicio médico no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 7 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.
- **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. Si rechaza el tratamiento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

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.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

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

- 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.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

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 7 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 al 1-833-742-2121 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-855-937-2372
- **Llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

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 1-833-742-2121 (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 1-833-742-2121 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para obtenerlos. Use este** documento de *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.
- **Si tiene otra cobertura de salud además de nuestro plan, o cobertura de medicamentos con receta separada, 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 siempre que reciba atención médica.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarle 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.
 - 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 su prima de la Parte B de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo al recibir el servicio.
- **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.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- 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 7:

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 2 tipos de procesos para resolver problemas e inquietudes:

- 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.

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 1-833-742-2121 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

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

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). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048
- Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov)

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

SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema

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

No.

Consulte **la Sección 9, 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 4 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 7 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 proporcionar atención médica que usted cree necesitar.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará 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 desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará 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, le 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 7 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 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica.

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 4.1 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 1-833-742-2121 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Seguros de Salud.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-2121 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 o los medicamentos de la Parte B, 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.
- **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 1-833-742-2121 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 <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.

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

- 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 desestimaré 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 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Hay 3 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. Proporcionamos los detalles de cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 7:** 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 1-833-742-2121 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

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

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

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 5.2.**
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 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le dijimos que no la pagaremos. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
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 5.5**
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 5.3**

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

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

médicos, 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. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir 2 requisitos:

- Solo *puede solicitar* cobertura para artículos y/o servicios de atención médica (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios que ya recibió).
- 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 7 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 9 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 9 de este capítulo 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 7 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 5.3 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 5.2 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

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

proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **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 nuestro plan revisa 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 5.4 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.

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

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.
 - 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 9 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 5.4 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 5.4 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

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

gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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 relacionada con 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 7 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 esta organización responde que no a una parte o a la totalidad** de su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros 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 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 7 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 8 explica los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

El Capítulo 5 describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

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 de nuestra parte 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 5.3. 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 7 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 6 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 6.1 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), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-833-742-2121 (*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.

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

- 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.
- 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 1-833-742-2121 (*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 6.2 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 1-833-742-2121 (*los usuarios de TTY deben llamar al 711*). O bien, llame a su Programa Estatal de 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

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

ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar 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 (médicamente apropiado) darle el alta en esa fecha.
- Puede obtener un ejemplo del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para Miembros al 1-833-742-2121 (*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-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

Capítulo 7 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 7 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 6.3 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 terminó 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 7 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. Esto se denomina confirmar la decisión.
- 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 8 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 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 nuestra parte del costo de su atención.*

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 7.1 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 7 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 7.2 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 1-833-742-2121 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame a su Programa Estatal de 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.

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

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

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.

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 sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios**.

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

- 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 7.3 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.

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.

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

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, debe 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 8 de este capítulo explica con más detalle los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 8.1 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.

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.

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

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros dos 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 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.

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

- 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.

Presentación de quejas

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

Sección 9.1 ¿Qué tipos de problemas se 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?

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

Queja	Ejemplo
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 relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	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: • 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.

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

Sección 9.2 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 1-833-742-2121 (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.*
- *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.

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

- **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 9.3 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.**
La Organización para el Mejoramiento de la Calidad 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

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 9.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

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

CAPÍTULO 8:

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 Total (HMO)* 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 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 **Puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta**

Puede finalizar su membresía en nuestro plan 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.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 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, para los nuevos inscritos de Medicare 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 2.3 En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En ciertas situaciones, los miembros de *El Paso Health Total (HMO)* pueden 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

Capítulo 8 Cómo finalizar la membresía en nuestro plan

- Si incumplimos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE)

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 recetados. 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.

Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-833-742-2121** (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- Consultar la información en **el manual Medicare y usted 2027**
- Comunicarse **con 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	• Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en <i>El Paso Health Total (HMO)</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 Total (HMO)</i> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
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 1-833-742-2121 (<i>los usuarios de TTY deben llamar al 711</i>) 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 Total (HMO)</i> se cancelará cuando comience su cobertura de Medicare Original.

Nota: Si también tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados (por ejemplo, un plan independiente de medicamentos de Medicare) y cancela su inscripción en esa cobertura, 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, después de pasar 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar obteniendo sus artículos, servicios y atención médica a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **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 Total (HMO) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones*

El Paso Health Total (HMO) 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 se muda fuera de nuestra área de servicio
- 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 1-833-742-2121 (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 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 1-833-742-2121 (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 Total (HMO) 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.

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 9:

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 1-833-742-2121 (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 Total (HMO)*, 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 10:

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 de pago por servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que el monto de costos compartidos permitido por nuestro plan. Como miembro de *El Paso Health Total (HMO)*, solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por el plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** ni le cobren de otra manera más que el monto de costos compartidos que nuestro plan indica que debe pagar.

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. Debe pagar el deducible hospitalario para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.

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 los servicios después de pagar su deducible.

Capítulo 10 Definiciones

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.

Costos compartidos: Los costos compartidos se refieren a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios. Incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier deducible que el plan pueda exigir antes de cubrir servicios; 2) cualquier copago fijo que el plan exija cuando se recibe un servicio específico; o 3) cualquier coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que el plan exija cuando se recibe un servicio específico.

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 10 Definiciones

Deducible: EL monto que debe pagar por atención médica antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

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 algunos 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.

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.

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.

Reclamación: Un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan o proveedores, incluida una queja relacionada con la calidad de su atención. No se refiere a disputas de cobertura o pago.

Capítulo 10 Definiciones

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.

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.

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.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte Ayuda Adicional.

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 dentro de la *red*. Los montos que paga por las primas de su plan y las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare no cuentan para el monto 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.

Medicamento 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).

Capítulo 10 Definiciones

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 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 i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) 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 recetados 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.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las *brechas* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Capítulo 10 Definiciones

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.

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.

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

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.

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 recibidos también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Capítulo 10 Definiciones

Plan PACE: Un plan PACE (Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada) combina servicios médicos, sociales y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para personas frágiles, con el fin de ayudarlas a permanecer independientes y vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: Consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: El programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

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).

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 según criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Prótesis y órtesis: Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios

Capítulo 10 Definiciones

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.

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.

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.

Período de Inscripción Especial: Un período establecido durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que puede reunir los requisitos para un Período de Inscripción Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un hogar de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

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.

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 ciegos o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Capítulo 10 Definiciones

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 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 Total (HMO)

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
Llame	<i>1-833-742-2121</i> <i>Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m.</i> <i>Servicios para Miembros, 1-833-742-2121 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también ofrece servicios gratuitos, también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.</i>
TTY	<i>711</i> <i>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.]</i> <i>Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes</i>
Fax	<i>915-532-2286</i>
Escriba	<i>El Paso Health Medicare Advantage</i> <i>P.O. Box 971100</i> <i>El Paso, TX 79997-1100</i>
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	<i>1-855-937-2372</i>
TTY	<i>711</i> <i>Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</i>
Escriba	<i>701 W. 51st Street</i> <i>Austin, Texas 78751</i>
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 1-833-742-2121 (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 1-833-742-2121 (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 1-833-742-2121 (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 1-833-742-2121 (TTY: 711)

Korean/한국어: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이El Paso Health에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한도와움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기위해서는 1-833-742-2121 (TTY: 711)

Arabic/العربية: المساعدة على الحصول El Paso Health (بخصوص أسئلة شخصتساعده لدى أو لديك كان إن العربية/العربية: 1-833-742-2121 (TTY: 711) في الحق فلديك،) (ب اتصل مترجم مع للتحدث. تكلفة اية دون من بلغتك الضرورية والمعلومات 711)

Urdu/اردو: بے زبان اپنی کو دونوں اپ El Paso Health اور ہیں رہے دے مدد کو کسی اپ اگر بے سوال کو دونوں اپ اردو/اردو: 1-833-742-2121 [تو میں، بارے مفتکے میں لیے، کے کرنے بات سے ترجمان ہے۔ حق کا کرنے حاصل معلومات اور مدد (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 1-833-742-2121 (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 1-833-742-2121 (TTY: 711)

Hindi/हिंदी: यदि आपके ,या आप द्वारा सहायता ककए जा रहे ककसी व्यक्तत के El Paso Health के बारे म प्रश्न ह ,तो आपके पास अपनी भाषा म मुफ्त म सहायता और सूचना प्राप्त करने का अधिकार है। ककसी िंभाषण सेबात करनेके ळए 1-833-742-2121 (TTY: 711)

Servicios de asistencia lingüística

که دارید را این حق El Paso Health [مورد در سوال ، می کنید کمک او به شما که کسی یا شما، اگر: **Persian/فارسی** (TTY: 711) 1-833-742-2121 باشد داشته ،] نماید دریافت را بگان طور به را خود زبان به اطلاعات و 361 کمک

German/ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-833-742-2121 (TTY: 711)

Gujarati/સયુ ના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશલ ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-833-742-2121 (TTY: 711)

Russian/ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-833-742-2121 ALIGN телетайп: (711)

Japanese/注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます 1-833-742-2121 ALIGN (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian/ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽ
ຄ່າ, ແມ່ນມີຮ່ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-833-742-2121 (TTY: 711)



Para obtener más información:

Llame al 1-833-742-2121

Los usuarios de TTY deben llamar al 711

**o visítenos en
ephmedicare.com**